

MESTRADO EM SOCIOLOGIA

Sou velho, sou dependente e
agora?

Ana Catarina Pacheco
Barbosa

M

2016



Ana Catarina Pacheco Barbosa

Sou velho, sou dependente e agora?

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pela Professora
Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Setembro de 2016

Sou velho, sou dependente e agora?

Ana Catarina Pacheco Barbosa

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientada pela Professora
Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes

Membros do Júri

Professora Doutora Natália Maria Azevedo Casqueira
Faculdade de Letras – Universidade do Porto

Professora Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes
Faculdade de Letras – Universidade do Porto

Professor Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro
Departamento de Educação e Psicologia – Universidade de Aveiro

Classificação obtida: 18 valores

*A todos os idosos que sentem a dependência e aos seus
cuidadores*

Sumário

Agradecimentos.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Resumé.....	xii
Índice de figuras.....	xiii
Índice de tabelas.....	xiv
Lista de abreviaturas.....	xv
Introdução.....	1
Capítulo 1 – O envelhecimento da população e os elementos de análise da dependência na velhice.....	4
1.1 O debate em torno do envelhecimento.....	4
1.2 Papéis dos diferentes agentes: Estado, Família, Mercado e Terceiro Setor.....	6
1.2.1 Os modelos de <i>welfare-state</i> aplicados à dependência dos idosos.....	7
1.2.2 Medir e conceptualizar a dependência.....	15
1.2.3 Os cuidados e os cuidadores.....	18
Capítulo 2 – O envelhecimento em Portugal: especificidades do caso português?.....	23
2.1 O sistema de cuidados.....	24
2.1.1 Princípio fortemente familista na gestão dos cuidados.....	25
2.1.2 Respostas formais no âmbito dos cuidados.....	27
2.1.2.1 Programas de apoio a idosos dependentes: RNCCI e SAD.....	29
2.1.2.2 Os cuidadores formais.....	35
Capítulo 3 – Estratégia metodológica.....	37
3.1 Modelo de análise.....	37
3.2 Metodologia utilizada.....	39
3.3 A Liga Portuguesa de Profilaxia Social (LPPS).....	42
3.3.1 O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).....	43
3.4 Desafios, limitações e estrutura de reflexão.....	44
Capítulo 4 – Viver para e no envelhecimento dependente: abordagem empírica.....	48
4.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos.....	48

4.2 Sentir a dependência e lutar contra ela - O papel dos cuidadores formais e informais.....	52
4.3 Pagar a batalha da dependência.....	67
4.4 O impacto dos equipamentos disponíveis e das condições de habitação na dependência.....	73
4.5 No mundo de quem cuida: expectativas, papéis e frustrações do cuidador formal.....	77
Considerações finais.....	84
Referências bibliográficas.....	88
Anexos.....	97
Anexo 1: Tabela 1 – Indicadores da população (0-49 anos).....	98
Anexo 2: Tabela 2 – Indicadores da população (50-85+ anos).....	99
Anexo 3: Tabela 5 – Taxas de dependência, rendimento e condições de vida, por grupo etário (2009).....	100
Anexo 4: Tabela 6 – A opção mais adequada de cuidados para os pais dependentes, em percentagem (2007).....	101
Anexo 5: Tabela 8 – Total de despesas públicas em LTC (previsões 2060).....	102
Anexo 6: Inquérito por questionário.....	103
Anexo 7: Cartões do inquérito por questionário.....	129
Anexo 8: Guião de entrevista.....	134
Anexo 9: Transcrição e análise das entrevistas.....	137
Anexo 10: Grelhas de observação.....	192
Anexo 11: Tabela 14 – Nacionalidade dos inquiridos.....	199
Anexo 12: Tabela 15 – Concelho de naturalidade dos inquiridos.....	199
Anexo 13: Tabela 18 – Profissão dos inquiridos.....	199
Anexo 14: Tabela 21 – Necessidade de ajuda para realização das AVD/ABVD....	200
Anexo 15: Tabela 22 – Ajuda recebida nas AVD/ABVD.....	202
Anexo 16: Tabela 24 – Ajuda informal versus formal.....	203
Anexo 17: Tabela 31 – Quem trata dos pagamentos.....	212
Anexo 18: Tabela 33 – Apresentação dos rendimentos	212
Anexo 19: Tabela 39 – Alarme.....	212
Anexo 20: Tabela 40 – Cadeira elevatória.....	212

Agradecimentos

Os nossos sonhos e o caminho que percorremos para os alcançar só são possíveis e genuinamente especiais quando temos, junto a nós, pessoas que os sentem e celebram como se dos seus próprios projetos se tratassem. Apesar de acreditar que as palavras não se revelam suficientes para exprimir o meu profundo agradecimento a todos aqueles que caminharam comigo e me permitiram concluir mais uma etapa tão importante, ainda assim, deixo aqui algumas, breves, palavras. À professora Doutora Alexandra Lopes pelo admirável profissionalismo e suporte que sempre me prestou. À Doutora Edite e à Doutora Carla, bem como às técnicas do serviço de apoio domiciliário da LPPS pela dedicação e disponibilidade incansável. Aos idosos e aos seus cuidadores por abrirem as portas das suas casas e da sua intimidade. Com eles comprovei que onde existe amor, é possível vencer. Aos meus amigos de curso, nomeadamente à Godinho, por todos estes anos recheados de amizade e partilha. Ao Alberto por preencher as nossas aulas de sorrisos e juventude. À Sara Djaló, pela personalidade encantadora e autêntica, que tanto iluminou os meus dias. À Angie pelo bom senso que muitas vezes foi necessário. Um agradecimento especial, à minha companheira, e que se tornou uma irmã, Vanessa. Foi contigo que vivi alguns dos meus melhores momentos. Obrigada pelas loucuras, pelos conselhos e, sobretudo, pelos sorrisos que distribuímos. Juntas, e apenas juntas, escrevemos esta maravilhosa história. Às minhas amigas Joana Oliveira, Joana Guedes, Joana Seymour e Sara Barbosa, que não sendo da Sociologia são da vida. Aos meus restantes amigos e a todos os outros que se atravessaram no meu caminho ao longo destes 5 anos e que o tornaram verdadeiramente inesquecível. À minha família, pela presença constante, aos meus avós, às minhas primas, aos meus tios. Agradecer principalmente à minha Pipa, pelo carinho, pureza, inocência e inspiração que trouxe à minha vida. São crianças especiais como tu que nos permitem acreditar que o mundo é um lugar mágico. E, por fim, o meu último e maior agradecimento é dirigido aos meus pais. Sem o vosso apoio incondicional nada disto seria possível. Obrigada pelas palavras no momento certo, pela motivação que sempre me transmitiram e por nunca deixarem de acreditar em mim. Obrigada, ainda, por abdicarem dos vossos sonhos e dos vossos projetos, para conseguirem realizar grande parte dos meus, ser-vos-ei eternamente grata. Esta tese não é minha, é nossa!

Resumo

Esta dissertação de Mestrado aborda a problematização que tem vindo a ser realizada no âmbito da Sociologia, no que concerne ao envelhecimento e, em consequência, aos impactos que se têm vindo a verificar nas sociedades atuais. O aumento do número de pessoas idosas nas sociedades contemporâneas tem sido alvo de múltiplos estudos que procuram dar conta dos efeitos que esta realidade poderá retratar. Assim sendo, procurou-se perceber em que moldes o processo de envelhecimento se reproduziu em impactos em torno das políticas sociais, especialmente nas direcionadas a idosos que se encontram em situação de dependência.

Paralelamente a minha investigação procura ultrapassar a tendência, muitas vezes, simplificadora que se encontra inerente a várias tipologias no domínio da gestão das dependências, tendo em linha de conta que os arranjos de vida dos indivíduos são necessariamente complexos e refletem não só um conjunto de disposições em relação ao que é a forma socialmente adequada de responder a necessidades de cuidados, mas também um conjunto de capitais e recursos que colocam os indivíduos em posições distintas naquela que é a sua capacidade de ação. Assim, discutiu-se a forma como a fragilidade física é vivenciada pelos idosos e, em particular, o modo como estes se relacionam com uma panóplia diversa de instrumentos e respostas formais e informais que têm sido avançadas para a gestão das dependências entre idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Políticas Sociais; Respostas formais e informais; Expectativas; Preferências.

Abstract

This thesis deals with the questioning that has been carried out in the Sociology, in relation to aging and therefore the impacts that have been observed in current society. The increasing number of elderly people in contemporary society has been the subject of multiple studies that seek to show the effects that this reality can represent. So we tried to see what form the aging process reproduced impacts around social policies, especially in targeting the elderly who are in situations of dependency.

At the same time my research seeks to overcome the tendency often oversimplified that is inherent in various types in the area of facilities management, taking into account that the living arrangements of individuals are necessarily complex and reflect not only a set of provisions in relation to what is socially appropriate way of responding to care needs, but also a set of capital and resources that place individuals at different positions in what is their capacity for action. Thus, it was discussed how the physical frailty is experienced by the elderly and in particular how they relate to a diverse range of instruments and formal and informal responses that have been advanced for the management of dependencies among the elderly.

Keywords: Aging; Social Politics; Formal and informal responses; Expectations; Preferences.

Resumé

Cette thèse aborde des questions qui ont été soulevées dans le cadre de la Sociologie, en relation avec le vieillissement, donc, à tous son impact sur les sociétés contemporaines. La proportion coissante du nombre des personnes âgées dans ces sociétés a fait l'objet de multiples études visant à expliquer les effets de cette réalité. Ainsi, nous avons essayé de comprendre comment le processus de vieillissement se traduit dans des impacts autour des politiques sociales, surtout dans lesquelles destinées aux personnes âgées qui sont en situation de dépendance.

En même temps mes recherches ont visé à surmonter la tendance souvent simpliste inhérente aux différentes types dans le domaine des dépendances, sans oublier que les modes de vie des individus sont nécessairement complexes et reflètent non seulement un ensemble de règles sur ce qui est socialement approprié pour répondre aux besoins des soins, mais aussi un ensemble de capitaux e de ressources qui placent les individus dans des différentes positions dans ce qui est leur capacité d'action. Ainsi, on a examiné comment la fragilité physique est ressentie par les personnes âgées et surtout comment ces individus se rapportent à un large éventail d'instruments et de réponses formelles et informelles qui ont été avancées pour la gestion des dépendances chez les personnes âgées.

Mots-clés: Vieillissement; Politiques Sociales; Réponses formelles et informelles; Attentes; Préférences.

Índice de figuras

Figura 1 – Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com 65 e mais anos.....	30
Figura 2 – Modelo de análise.....	38
Figura 3 – Ajuda formal versus informal.....	57
Figura 4 – Conforto habitacional do idoso.....	77

Índice de tabelas

Tabela 3 – Despesa do Estado em pensões, em 2013.....	14
Tabela 4 – Despesas em cuidados para idosos, em 2008.....	15
Tabela 7 – Despesas públicas em LTC por tipo de cuidados, em 2010.....	21
Tabela 9 – Número de respostas sociais em Portugal nos anos 2000 e 2014.....	28
Tabela 10 – Nível de autonomia dos utentes, em 2014.....	29
Tabela 11 – Sexo dos inquiridos.....	48
Tabela 12 – Idade dos inquiridos.....	48
Tabela 13 – Estado civil dos inquiridos.....	49
Tabela 16 – Habilitações literárias dos inquiridos.....	49
Tabela 17 – Condição perante o trabalho dos inquiridos.....	50
Tabela 19 – Fontes de rendimentos dos inquiridos.....	51
Tabela 20 – Rendimento mensal dos inquiridos.....	51
Tabela 23 – Problemas de bexiga e incontinência intestinal dos inquiridos.....	54
Tabela 25 – Género dos cuidadores informais do idoso.....	61
Tabela 26 – Os cuidadores informais do idoso vivem com ele?.....	62
Tabela 27 – Número de profissionais de apoio domiciliário que ajudam o idoso.....	62
Tabela 28 – Número de horas que os cuidadores formais dedicaram ao idoso, na semana passada.....	64
Tabela 29 – Número de horas que os cuidadores informais dedicaram ao idoso, na semana passada.....	66
Tabela 30 – Pagamentos.....	67
Tabela 32 – Complemento por dependência.....	67
Tabela 34 – Organização das ajudas recebidas.....	69
Tabela 35 – Pagamentos das ajudas recebidas.....	70
Tabela 36 – Fontes de rendimento para realizar os pagamentos das ajudas aos profissionais do serviço de apoio domiciliário.....	71
Tabela 37 – Refeições.....	72
Tabela 38 – Forma como foram realizadas as compras, no último mês.....	73
Tabela 41 – Equipamentos disponíveis.....	74
Tabela 42 – Soluções disponíveis.....	75
Tabela 43 – Situações de habitação.....	75

Lista de abreviaturas

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
CD	Complemento por Dependência
EC	European Commission
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUROSTAT	European Statistics
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
LPSS	Liga Portuguesa de Profilaxia Social
LTC	Long-Term Care
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
ONG's	Organizações Não-Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UE	União Europeia
UE-27	União Europeia (27 países)
UE-28	União Europeia (28 países)

Introdução

Nesta dissertação de mestrado procurei explorar o modo como a dependência tem sido experimentada por parte dos nossos idosos, e que esforços têm sido implementados e dirigidos, sob a forma de políticas sociais, a estes indivíduos. Acrescentando, ainda, em que moldes se combinam os cuidados formais e informais que lhes são prestados. Procurei, assim, registar o ponto de vista do recetor de cuidados, bem como do prestador formal, nomeadamente do SAD, de forma a complementar a informação que me foi fornecida no que respeita ao intercâmbio entre cuidadores informais e/ou familiares e cuidadores formais, colocando no centro do meu estudo o idoso e as suas expectativas e preferências.

Ao longo dos últimos anos, vários cientistas sociais, provenientes do seio da Sociologia, assim como de outras disciplinas, têm dissecado relativamente ao envelhecimento e ao papel que as diversas entidades devem adotar neste domínio, constatando, que o papel assumido por parte do Estado, Família, Mercado e Terceiro Setor tem-se revelado profundamente desigual. Se em determinados contextos é a Família a assumir um lugar de destaque no que respeita aos cuidados prestados ao idoso dependente, noutros é o Estado o primeiro a intervir. Tudo isto, aliado às políticas que são implementadas e à postura reguladora que Mercado e Terceiro Setor poderão adotar, reproduz-se em sérios efeitos relativos ao que é a velhice e à forma como esta é vivida em dependência. Subsistindo a clara noção de que *“a velhice é uma etapa da vida inerente a qualquer ser humano, tornando-se este território da idade mais amplo do que no passado pela contingência do envelhecimento demográfico. As questões da autonomia versus dependência, revestem-se assim, cada vez mais da actualidade, sendo grande o debate ao nível europeu sobre os fins e os meios da protecção social face à velhice e/ou face à dependência. Neste âmbito, questiona-se se a solidariedade face a esta problemática deverá emanar primordialmente da família, da sociedade, ou de um esforço conjunto de ambas”* (Nogueira, 2009: 7). Assim sendo, e procurando problematizar de modo aprofundado estas evidências, dividi a presente investigação por diversos capítulos com o intento de facilitar a leitura e a compreensão de todas as informações aqui expostas.

No primeiro capítulo, estabeleço o debate que é realizado em torno da dependência,

nomeadamente expondo em que moldes os vários Estados-Providência têm dirigido as suas políticas no âmbito dos cuidados, cruzando as perspetivas de vários autores como Andersen, Ferrera e as feministas, Jane Lewis, Diane Sainsbury e Mary Daly. Acrescentando, ainda, o papel que a Família, Mercado e Terceiro Setor têm assumido nos vários países europeus, em que se registam sérias disparidades entre os países a Norte e a Sul da Europa. Nesta medida, iniciativas como o LTC dirigidas a idosos dependentes são fortemente influenciadas pela capacidade de ação que Estado e Família assumem nos diversos contextos, sendo possível verificar que as escolhas no âmbito da receção de cuidados em casa, levando ao desenvolvimento do SAD, ou em instituições formais como lares, levam-nos a refletir sobre as preferências que os idosos europeus apresentam.

No que respeita ao segundo capítulo, apresento as particularidades do caso português que, em vários aspetos são semelhantes ao que ocorre em vários países do Sul da Europa. Elenco, ainda, as medidas que têm sido aplicadas por parte do Estado no âmbito da saúde e dos apoios aos idosos, traduzidos em reformas e prestações sociais, bem como dos programas de cuidados como o SAD e a RNCCI. Não descurando, que apesar do enorme esforço que o nosso país tem procurado realizar, ainda assim, não conseguiu acompanhar e atingir o que tem sido efetivado principalmente nos países a Norte da Europa que iniciaram as suas medidas quando em Portugal ainda não se discutiam estes aspetos. Paralelamente é consumada uma análise aos cuidadores formais e informais, com enfoque no carácter profundamente familista e marcado por várias fontes de solidariedade.

No terceiro capítulo, apresento a estratégia metodológica que adotei na presente investigação, nomeadamente o modelo de análise, e os objetivos e interrogações teóricas com que iniciei este trabalho, assim como o recurso às técnicas do inquérito por questionário, da entrevista e da observação. Faz, também, parte desta secção todos os dados registados empiricamente realizados aos idosos em situação de inquérito por questionário, às suas condições de habitação e conforto registado com recurso à observação, bem como a perspetiva das técnicas do serviço de apoio domiciliário que enaltecem as suas ideias através da entrevista semiestruturada. Para além disto, redigi acerca da IPSS que selecionei enquanto amostra neste estudo, bem como os

constrangimentos e dificuldades com que me deparei ao nível empírico, ou seja, na recolha de informação.

E, por fim, são apresentadas as conclusões finais que alcancei através desta investigação.

De salientar que o trabalho aqui exposto não supre por completo a carência de informações que ainda subsistem no âmbito da combinação formal e informal que é realizada nos cuidados a idosos, e à forma como a dependência é vivida por parte dos seus recetores. Ainda assim, e apesar das limitações que existiram, principalmente ao nível empírico, permanece aqui um esforço para construir um espaço de reflexão e abertura para contributos futuros.

Capítulo 1 – O envelhecimento da população e os elementos de análise da dependência na velhice

1.1. O debate em torno do envelhecimento

O envelhecimento e toda a problemática que o envolve tem sido amplamente discutido por diversos teóricos ao longo do tempo, sendo que nas últimas décadas o debate tem ganho contornos renovados, em consequência das implicações que este fenómeno tem vindo a representar. Tal como Dias (2014) sustenta “*o aumento da longevidade, a par da capacidade para controlarmos a reprodução, veio colocar o problema do envelhecimento da população, em certas regiões do mundo, no centro da agenda política e científica internacional*” (Dias, 2014: 219). Neste sentido, os diversos dados que têm sido publicados e divulgados por várias entidades têm-nos demonstrado em que medida o envelhecimento poderá ou não representar um inconveniente a colmatar. De acordo com os dados facultados por parte do *EUROSTAT*, o número de filhos por mulher tem vindo a decrescer de forma acentuada. A taxa de fertilidade, em Portugal, passou de 1,56 filhos por mulher em 1990, para 1,21 em 2013, algo transversal a vários países na Europa. A esperança média de vida à nascença viu os seus números aumentar de forma extremamente relevante, em que a média na UE-28 era de 80,6 anos, em 2013, sendo que em Portugal concentrou-se nos 80,9 anos. Aliás, o nosso país apresenta taxas de mortalidade infantil das mais baixas da Europa. Atualmente, as mulheres têm cada vez menos filhos, e a par do aumento da esperança média de vida, isso reproduz-se em sérios problemas na estrutura da população. Assim, se analisarmos os grupos etários dos indivíduos da UE-28, podemos constatar uma série de evidências.

No que respeita ao grupo populacional entre os 0-14 anos, em 2003, os países com maior percentagem de população concentrada neste intervalo etário foram a Irlanda e Chipre ambos com uma percentagem de 21,0. Por sua vez, os países com menor população inserida neste intervalo foram a Itália (14,2%) e a Espanha e Bulgária com 14,5%. Em 2013, o cenário altera-se, sendo que a Irlanda continua a ser o país com mais indivíduos dos 0-14, aumentando para os 21,9%, seguindo-se da França metropolitana (18,4%). Os países que contabilizam um menor número de pessoas dos 0-14 anos contam-se novamente a Bulgária (13,8%) e a Alemanha (13,1%). No que concerne a

Portugal, a população entre os 0-14 anos concentrava-se nos 16,1% em 2003, diminuindo para 14,8% em 2013. De sublinhar, que no intervalo de 10 anos, entre 2003-2013, todos os países em análise diminuíram a sua população neste escalão etário, o que se traduziu em múltiplas consequências para as sociedades europeias que, se em tempos se preocuparam com o elevado número de nascimentos, hoje deparam-se com um novo paradigma ao qual é premente dar resposta.

A população dos 15-24 anos com maior expressão, no ano de 2003, encontrava-se em países como a Polónia e a Eslováquia, com 16,8% e 16,7% respetivamente. A Itália e a Dinamarca foram os países com menor percentagem de população neste intervalo. Em 2013, as percentagens diminuíram e os países alteraram-se, em que foi o Chipre (15%) e a Lituânia (15,5%) que ostentavam um maior número de indivíduos neste escalão etário. Os países com menor expressão destes indivíduos foram, mais uma vez, a Itália e a Espanha ambos com 9,9%. Apenas o Reino Unido, a Suécia e a Dinamarca aumentaram a sua população neste grupo etário entre os anos 2003 e 2013. No caso do Reino Unido esta evidência poderá ser explicada devido ao acréscimo dos números de imigração, por parte de jovens, com ou sem filhos, que procuram novas oportunidades fora dos seus países de origem. Os grupos populacionais entre os 15-24 anos representavam 10,7% em 2013, no nosso país. No grupo etário dos 25-49 anos também encontramos oscilações entre o intervalo de anos em análise, em que os países com maior percentagem de indivíduos concentrados neste grupo etário se registavam em Espanha (2003: 39,4%; 2013: 38,9%) e no Luxemburgo (2003: 39,4%; 2013: 38,5%).¹

No intervalo de idades dos 50-64, 65-79, 80-84 e 85+ também se denotam uma série de alterações. A Polónia tratou-se do país com mais indivíduos entre os 50-64 anos de idade em 2013 (21,4%), enquanto que em 2003 tinha sido a Finlândia a ocupar o lugar do pódio (20,1%), o que nos leva a constatar um aumento de pessoas neste grupo etário. Em Portugal, os números também aumentaram. Quanto aos grupos etários mais envelhecidos, no intervalo entre os 65-79 anos, no ano de 2003, a Itália e a Bulgária mereceram lugar de destaque, sendo que em 2013 a Bulgária cede lugar à Alemanha, mantendo-se a Itália. Portugal deparava-se com 14,1%. Os indivíduos entre os 80-84 anos, reuniam-se com maior expressividade na Suécia e na Itália, em 2003, sendo que em 2013 a Suécia dá lugar à Grécia e a Itália mantém-se nos lugares cimeiros, vendo

¹ Consultar anexo 1: “Tabela 1 – Indicadores da População (0-49 anos)”.

aumentar a sua percentagem de 2,5 para 3,3%. Portugal, à imagem do que acontece nestes países, não apresenta percentagens muito díspares dos lugares superiores, uma vez que em 2013 registou 3,0% de pessoas entre os 80-84 anos. Os indivíduos com 85 e mais anos representavam-se em maior número na Suécia e em Itália, em 2003, porém em 2013 apesar de Itália, uma vez mais se manter, a seu lado surge a França metropolitana.² Perante tudo isto, projeta-se que os números populacionais sofram sérias mutações. Em Portugal, estima-se que a sua população de 10,367,550 milhões de indivíduos decresça acentuadamente para os 7,113,878 milhões em 2080, segundo o *EUROSTAT*, algo que também, poderá ocorrer em muitos outros países europeus. Todavia, importa sublinhar que determinados países embora se deparem com números reduzidos de nascimentos e com uma elevada população idosa, tal como foi possível verificar anteriormente, conseguem refrescar a sua pirâmide etária através dos elevados índices de imigração, atenuando, assim, os aspetos negativos que o envelhecimento poderá reproduzir.

A par desta realidade também a questão da dependência sentida por parte dos idosos e o modo como esta pode ser vivenciada de forma similar ou discrepante tem sido alvo de análise. Ou seja, a população não somente se prevê que vá diminuir como irá ficar progressivamente mais envelhecida e com o envelhecimento surge a questão da dependência e a perda das capacidades motoras e cognitivas, que tem inspirado uma série de discussões entre várias entidades, nomeadamente entre o papel que o Estado, Família, Mercado e Terceiro Setor deverão assumir.

1.2. Papéis dos diferentes agentes: Estado, Família, Mercado e Terceiro Setor

Cada vez mais, dissecar acerca do envelhecimento e do sistema de cuidados levam-nos a problematizar sobre o papel que os diferentes agentes têm de adotar. Assim, Estado, Família, Mercado e Terceiro Setor encontram-se cada vez mais interrelacionados, uma vez que *“a expansão do chamado welfare mix, no que respeita aos cuidados sociais destinados à população idosa, tem levado a um crescimento do número de investigações sobre a interconexão entre os diferentes modos de provisão*

² Consultar anexo 2: “Tabela 2 – Indicadores da população (50-85+)”.

destes cuidados (cuidados providos pela família, pelo estado, pelo mercado e pelo terceiro setor)” (São José, 2012: 63).

1.2.1. Os modelos de *welfare-state* aplicados à dependência dos idosos

Perante um contexto em que a mulher se encontra massivamente integrada no mercado de trabalho, em que as dinâmicas demográficas atingem níveis nunca antes verificados, tal como exemplificado anteriormente, e num período em que a crise socioeconómica parece ter adquirido um estado estrutural, a questão coloca-se: Conseguirão os Estados de Bem-estar fazer frente aos desafios impostos? Face a esta questão e com o intento de analisar as raízes intrínsecas desta realidade, tem-se recorrido a múltiplos autores que estudaram os Estados-Providência e a forma como a organização desses mesmos Estados motiva implicações micro e macroestruturais nas nossas sociedades. Não se revelando exequível enumerar todos aqueles que abordaram este assunto, importa, destacar alguns deles, tais como: Gosta Esping-Andersen, Maurizio Ferrera e as feministas Mary Daly, Jane Lewis e Diane Sainsbury, exemplificando aquelas que têm sido algumas das correntes dominantes na literatura que procura discutir as configurações institucionais numa perspetiva sociohistórica dos sistemas contemporâneos de organização da provisão de bem-estar social.

Relativamente a Gosta Esping-Andersen, uma referência incontornável neste campo e autor de uma das mais influentes propostas de análise de tipo institucionalismo histórico ou “*path dependency*”, oferece na obra “*The three worlds of welfare capitalism*” uma síntese, ora aplaudida por uns, ora criticada por outros, sobre os percursos de consolidação dos modelos de Estado Providência Europeus. Ao longo deste livro o autor dá-nos conta da sua tipologia composta por 3 modelos de *welfare*, nomeadamente o continental ou corporativo; o anglo-saxónico ou liberal; e o escandinavo ou social democrático. Em que moldes foram definidos estes modelos? O autor utilizou como critério de classificação essencial o grau de *desmercadorização* do sistema de organização coletiva da provisão de bem-estar social, ou seja, o maior ou menor grau de dependência dos indivíduos em relação ao mercado quer na definição de titularidades, quer nos moldes de financiamento e materialização dos diferentes esquemas de proteção social. Andersen destaca as modalidades de estratificação social e

a sua relação com o sistema de proteção social, elencando os atores envolvidos e as modalidades desse envolvimento. A forma como é assegurado o risco social velhice é profundamente desigual nos 3 modelos, uma vez que os países seguiram rotas distintas em relação à forma como o Estado se relaciona com o Mercado e com a Família.

Quanto ao corporativo, Andersen afirma tratar-se de um modelo comum em países como a Alemanha ou o Luxemburgo, em que se verifica uma elevada proteção de acordo com o estatuto profissional dos indivíduos. Neste caso, trata-se de um sistema profundamente centrado na proteção do rendimento com origem na esfera laboral. Ou seja, um sistema que se encontra concentrado na figura do trabalhador, que é o homem (o chefe de família), cuja via preferencial para organização do bem-estar social é precisamente a via da redistribuição do rendimento dentro da unidade familiar, devendo o Estado ter uma intervenção essencialmente centrada na capacitação que o indivíduo possui para poder gerar esse rendimento. Nesse sentido, trata-se de um modelo verdadeiramente regulador em relação ao mercado de trabalho, onde se encontra uma panóplia diversificada de esquemas de proteção do trabalhador no que são os seus impedimentos para o trabalho (desemprego) e a pensão de velhice. O que caracteriza este modelo é aquilo que alguns autores designam pelo círculo vicioso da proteção do rendimento, onde o que se encontra é um extenso foco nos mecanismos de substituição do rendimento, o que no caso da velhice se reproduz em esquemas de pensões profundamente generosos, traduzindo-se numa elevada despesa para o Estado, conduzindo-o a afastar-se de todas as outras áreas, especialmente nas diretamente relacionadas com a prestação direta de serviços, alvo visível no setor dos cuidados a idosos, na Alemanha, em que as empresas privadas representam 62% dos cuidados prestados, seguindo-se as organizações sem fins lucrativos (37%) e, por fim, o Estado com apenas 2% (Carneiro et al, 2012). O modelo corporativo é um modelo de organização do bem-estar que enfatiza o papel nuclear da Família na proteção do bem-estar social, sendo necessário assegurar que a Família tem o rendimento necessário para poder executar essa função. O Estado aqui tem, por isso, uma intervenção muito residual naquilo que é a prestação direta de serviços. Aplicado à problemática dos cuidados a idosos dependentes, isto traduz-se num subdesenvolvimento marcado nos serviços diretos de apoio, e num enviesamento monetarista que enfatiza as pensões e os complementos em dinheiro para permitir que os cuidados sejam organizados dentro do

espaço da Família. A ênfase é colocada sobretudo na Família, em que o Estado se relaciona com a mesma, ao invés de se relacionar com o indivíduo.

O modelo Anglo-saxónico ou Liberal é específico de países como o Reino Unido, em que segundo Andersen “*benefits cater mainly to a clientele of low-income, usually working-class, state dependents*” (Andersen, 2008: 26). Neste modelo permanece uma importância elevada do setor privado nas pensões e na saúde (o caso dos seguros). Trata-se de um sistema marcado por um grau muito baixo de *desmercadorização*, ou seja, o destaque é colocado na capacidade que o indivíduo contém para se prover a ele próprio. Assim, o Estado deve ter uma intervenção complementar subsidiária, dirigida àqueles, que por várias razões, não conseguem sobreviver no mercado de trabalho, ou seja, o Estado foca-se naquele que se encontra excluído da esfera laboral. A ideia que reside é a de que o cidadão deve proteger-se a si próprio através do trabalho e subsiste uma confiança elevada na aptidão reguladora e geradora de equilíbrios por parte do mercado. Quais são as implicações deste modelo na velhice? A velhice é um dos riscos que poderá afetar a capacidade que o indivíduo tem para gerar rendimento. Assim, o Estado para fazer face a esta evidência garante uma plataforma mínima de proteção, de forma assegurar que aqueles que auferiam salários baixos tenham um mínimo para sobreviver. Contudo, prevalece a crença de que é dever do indivíduo preparar, ao longo da vida, a sua reforma, daí que o desenho dos sistemas de pensões onde temos uma base de pensão pública extremamente baixa e igual para todos, posteriormente é complementada por planos individuais de reforma que são geridos no Mercado. Quanto aos cuidados, o indivíduo deverá garantir a sua capacidade para comprar cuidados, uma vez que o conceito central do modelo Anglo-saxónico é o de aquisição de bem-estar social através de transações monetárias no Mercado. Se recuarmos 20 anos, no Reino Unido, o Estado representava o principal provedor de assistência domiciliária, atualmente a maioria é contratada através de setores privados e voluntários (Carneiro et al, 2012). O acesso aos benefícios de prestação de cuidados não são operados somente com base na necessidade, mas também sob a ausência de meios próprios para adquirir essas carências, tratando-se, por isso, de um sistema conhecido como o princípio da condição de recursos. Se num país como a Alemanha, para se aceder ao complemento de dependência é suficiente que se esteja em situação de dependência, neste modelo não se mostra suficiente ser dependente, também se tem de fazer uma prova de recursos, e

apenas aqueles que não possuem os recursos considerados fundamentais é que poderão ter acesso a um subsídio monetário. Assim, o indivíduo é deixado à sua própria responsabilidade, daí que a Família seja convocada a intervir por falta de alternativa. Se no modelo Corporativo se assume que estas funções são da Família, uma vez que a carga normativa impele as famílias a isso, no modelo Anglo-Saxónico o mesmo não se verifica, o indivíduo recorre à família por falta de alternativa, uma vez que a proteção do Estado revela-se diminuta. Posto isto, é visível a intervenção da Família em ambos os modelos aqui evidenciados, com a destriça patente nas razões pelas quais esta é chamada a intervir.

E, por fim, quanto ao modelo Escandinavo ou Social Democrático, típico de países como a Dinamarca ou a Suécia, é descrito pelo seu carácter universalista. Aliás, Andersen sustenta que “(...) *the most saliente characteristic of the social democratic regime is its fusion of welfare and work*” (Andersen, 2008: 28). Quer o modelo Anglo-Saxónico quer o Escandinavo são modelos que teoricamente enfatizam em larga medida a *desfamiliarização*, ou seja, a relação do Estado é com os indivíduos, e não com as famílias, e os indivíduos são intitulados de direitos por si e não na dependência da Família. Isto é, encontramos aqui um grau elevado de *desfamiliarização*, em que a titularidade é dos indivíduos e o Estado relaciona-se com eles, mostrando a existência de uma forte carga valorativa que rejeita o papel central da Família. Ou seja, ao indivíduo deve ser garantido o bem-estar independentemente da sua esfera familiar. Trata-se de um modelo que historicamente se traduziu num desenvolvimento extensivo de serviços públicos de apoio aos cidadãos naquilo que são as suas fragilidades ao longo da vida. São essencialmente países com taxas elevadas de serviços públicos. Aliás, na Dinamarca, os cuidados prestados a idosos são efetivados por parte das autarquias locais, em que o apoio domiciliário é gratuito, sendo financiado através dos impostos (Carneiro et al, 2012). A Família não está ausente, mas da Família espera-se um papel complementar ao Estado. Se no modelo Corporativo o Estado complementa a Família, aqui a Família complementa o Estado e auxilia naquelas tarefas que não cabem ao Estado executar (questão dos afetos, apoio emocional, apoio nas compras, pagar contas, entre outras dimensões). Este modelo, todavia, tem de fazer face a desafios que se prendem com a dificuldade em manter padrões elevados de qualidade.

Tal como referi num momento anterior, a obra de Andersen e toda a sua tipologia foram alvo de críticas, algumas delas escutadas pelo autor e abordadas em algumas das suas obras posteriores, tais como na: “*Social Foundations of Postindustrial Economies*” (1999). Segundo os críticos, Andersen ignorou os países da Europa do Sul, bem como as suas particularidades, colocando-os no modelo conservador (Corporativo), onde a heterogeneidade entre países é enorme, não nos permitindo analisar de forma particular e minuciosa os cuidados prestados ao idoso nos diferentes contextos. Uma outra apreciação é dirigida ao carácter egocêntrico do autor, bem como aos limites do conceito de *desmercadorização*, por se tratar de uma realidade somente encontrada nos países Escandinavos. Foi, ainda, criticado quanto à questão do género, uma vez que o autor ao avançar com o conceito de *desmercadorização* o trabalhador que tem em mente é o homem. Uma outra crítica pode ser descrita, especialmente aquela que se encontra relacionada com o papel da Família na garantia de bem-estar, em que tendo em consideração esta análise o autor avança com o conceito de *desfamiliarização*, permitindo-nos ter em linha de conta a importância e o papel da Família no âmbito dos cuidados prestados ao idoso.

Ferrera produz uma abordagem distinta e, para muitos, bastante completa. Ao invés de Andersen, Ferrera apresenta-nos uma tipologia dividida entre o modelo Anglo-saxão; Bismark; Escandinavo e o “Sulista”. Quanto ao Anglo-saxão, comum em países como o Reino Unido, este apresenta uma grande cobertura em termos de segurança social, porém esse processo é completado sob teste de condições de vida, em que, tal como referi precedentemente, se revela necessário provar que se está numa situação de dependência, o que vai de encontro àquilo que também Andersen referiu, uma vez que segundo Ferrera, Hemerijck e Rhodes (2000), “*O Estado-Providência do Reino Unido é normalmente considerado como o modelo europeu que mais se aproxima dos regimes «liberais» da América do Norte e dos antípodas, com os seus parques níveis de protecção, incentivos elevados à «mercantilização» dos direitos sociais, e uma predilecção por medidas direccionadas a grupos-alvo específicos – com todos os seus efeitos adversos*” (Ferrera, Hemerijck & Rhodes, 2000: 42).

O modelo de Bismark traduz-se no desenvolvimento de um Estado-Social forte, com benefícios sociais muito alargados, comum em países como a Alemanha, similar ao descrito como o Corporativo por Andersen. O Escandinavo, encontrado em países como

a Suécia ou Dinamarca, apresenta uma proteção social como um direito de cidadania, uma cobertura universal, com benefícios para riscos sociais extensivamente abrangentes. E, por fim, quanto ao “Sulista” (Itália, Espanha, Portugal e Grécia), a segurança social tem na base um sistema fragmentado de garantias de rendimento ligadas às posições ocupadas no mercado de trabalho e uma rede mínima de proteção social. O financiamento é simultaneamente operado através de contribuições e transferências Estatais. Ferrera, Hemerijck & Rhodes (2000) apresentam uma séria preocupação com os países do Sul da Europa, uma vez que “*as populações da Europa do Sul (em especial, em Itália e em Espanha) estão a envelhecer a um dos ritmos mais rápidos do mundo. As despesas com pensões absorvem uma parte mais significativa das despesas sociais que noutros pontos da Europa*” (Ferrera, Hemerijck & Rhodes, 2000: 58). De sublinhar, ainda que, ao explanar acerca dos diversos tipos de Estado-Providência e sobre a forma como os mesmos se caracterizam e agem em diversos planos, acrescenta que “*ao contribuir para melhorar as condições de vida e a esperança de vida, os Estados-providência deram origem a novas necessidades para as quais os serviços sociais criados não estavam, originalmente preparados para satisfazer*” (Ferrera, Hemerijck & Rhodes, 2000: 9), em que os cuidados a idosos e a importância da intervenção do Estado neste domínio se revelam uma dessas novas necessidades.

Pensamentos alternativos encontram-se nas teorizações das feministas, que avançaram com sérias críticas, muitas delas dirigidas a Andersen, lançando no debate a problemática dos cuidados e o papel da mulher nesse domínio. Jane Lewis (1997) afirma que “*Esping-Andersen’s construction of his «three worlds of welfare capitalism» is stimulating and thought provoking but like early analysis largely ignores women*” (Lewis, 1997: 161). Esta autora apresenta-nos uma tipologia composta pelos países em que o padrão de homem-provedor é forte, modificado ou fraco. Santos (2015) ao estudar o trabalho de Lewis, sustenta que para a autora os regimes de bem-estar devem ser pensados partindo das seguintes variáveis: os Estados de Bem-estar social estão enraizados no padrão de homem-provedor (*male breadwinner*) e da mulher dependente deste, das pensões e de uma série de outros benefícios; no centro da análise das relações de género deve estar a relação capital-trabalho; a Família e o trabalho não remunerado devem fazer parte do regime de proteção social; quando comparamos os Estados de

Bem-estar social devemos ter em consideração a participação feminina no mercado de trabalho e o nível de empregabilidade das mulheres; revela-se, ainda, essencial analisar a cobertura dos Estados de Bem-estar social para o trabalho de assistência (Santos, 2015: 50). Lewis afirma o seguinte: “(...) *I think it is important to address the issue of developing gender-centered measures, particularly around caregiving*” (Lewis, 1997: 170). Acrescenta, também, que as preocupações centrais para as feministas quanto à prestação de trabalho não remunerado debruçam-se sobre como valorizá-lo e partilhá-lo de forma mais equitativa entre homens e mulheres, uma vez que em países em que a Família atinge um grau elevado de responsabilidade no que concerne aos cuidados dos seus idosos, são as mulheres que mais prestam esses cuidados, fazendo parte da fatia da população que trabalha mas não de forma remunerada. Menciona, também, que os regimes que cuidam tornaram-se muito explícitos, e o cuidado coloca abundantes desafios à política social, em que o objetivo deve ser o de promover a escolha.

De acordo com Diane Sainsbury (1994), “*although mainstream research has produced many significant insights, it has not been very informative about the differing consequences of welfare states for women and man. I believe the reason for this is that the mainstream perspective is fundamentally incomplete, and that it must be complemented by a new set of dimensions of variation with respect to gender. Feminist scholarship can help us establish what is missing in the mainstream models*” (Sainsbury, 1994: 151). Segundo a autora, contrariamente a muitas análises, as feministas estudaram o Estado-Providência de acordo com a influência que a Família possui na estrutura das políticas sociais, reproduzindo impactos nos cuidados prestados àqueles que se encontram em situação de dependência. Neste seguimento, Sainsbury avança com 2 modelos polares: o residual (onde se acredita que Família e Mercado são os “naturais” canais de bem-estar) e o institucional (em que a assistência social pública se trata de um método que pretende ajudar os indivíduos a atingir um determinado padrão de vida). Segundo Schmitz, esta abordagem de Sainsbury, destaca “*highlights country differences in welfare characteristics such as social spending as a percentage of gross domestic product, coverage of the population, range and level of benefits, funding of programs, and the role of private organizations*” (Schmitz, 1997: 342).

Nunca se discutiu tanto a importância do Estado enquanto provedor de bem-estar como nos dias atuais, aliás Mary Daly elaborou a história do conceito de bem-estar do

século XIV até à atualidade. Alivin Finkel (2012) refere que Daly “*makes a clear separation between «welfare states» and the more general concept of perspective that fiscal and occupational arrangements are a important to welfare as social programs. Non-state provision of care is also part of what we think of as welfare. Daly tries to demonstrate the links among all of these, though her focus is tilted towards the welfare state*” (Finkel, 2012: 245). De forma progressiva, a criação de um bem-estar generalizado foi encarado enquanto um pressuposto inevitável e que deve ser garantido por parte dos diversos Estados, sendo que esse intento não tem sido, em larga medida, verificado, uma vez que em diversos locais se tem recorrido à Família ao invés do Estado, pela insuficiente capacidade de resposta por parte deste. Ainda, assim, múltiplas têm sido as despesas do Estado para com os mais velhos, em que as necessidades e os cuidados que os mais idosos carecem têm sido analisados de forma paralela com as linhas de atuação dos diversos Estados-providência, uma vez que, segundo a OECD estima-se que a procura de cuidadores aumente, pelo menos, o dobro em 2050 (OECD, 2011). As despesas com pensões tem sido um dos temas mais discutidos, em que os gastos se desenham com contornos pertinentes de país para país, em que segundo os dados da *EUROSTAT*, em Portugal a despesa do Estado em pensões (medida em % de PIB) era em 2013 de 16,1%, sendo o nosso país daqueles que mais desembolsa em pensões, entre aqueles que foram analisados na tabela seguinte.

Tabela 3 – Despesa do Estado em pensões, em 2013

Despesa do Estado em pensões (2013)	
Países	Despesa (% de PIB)
Bélgica	12,4
Bulgária	8,6
Republica Checa	9,3
Estónia	7,5
Irlanda	6,8
Croácia	10,9
Chipre	9,8
Luxemburgo	9,6
Hungria	9,4
Malta	8,9
Áustria	14,8
Portugal	15,7
Roménia	8,3
Finlândia	13,0

Fonte: EUROSTAT (2016)

A par dos custos com as pensões, também as despesas em cuidados para idosos, carecem de análise, uma vez que em Portugal, no ano de 2008, a despesa em cuidados aos mais velhos concentrou-se nos 0,25%. Os países europeus que apresentam uma maior despesa, atingindo níveis mais elevados que no caso português, são a Dinamarca (1,68%); a Áustria (1%); a Finlândia (0,69%); a República Checa (0,54%); e a Malta (0,52%).

Tabela 4 – Despesas em cuidados para idosos, em 2008

Despesas em cuidados para idosos, em % de PIB (2008)	
Países	Despesa (% de PIB)
Bélgica	0,05
Bulgária	0,04
Republica Checa	0,54
Dinamarca	1,68
Estónia	0,08
Irlanda	0,25
Grécia	0,09
Hungria	0,32
Malta	0,52
Áustria	1
Polónia	0,22
Portugal	0,25
Roménia	0,04
Finlândia	0,69

Fonte: EUROSTAT (2016)

Sendo estas despesas importantes, não são, porém, as únicas que os Estados têm para com os idosos. Muitas das medidas estatais aumentam com a dependência que é sentida por parte das populações mais velhas, uma vez que ser idoso e ser idoso dependente se revela profundamente díspar, exigindo, por isso, respostas diferenciadas.

1.2.2. Medir e conceptualizar a dependência

Se o envelhecimento se trata de uma realidade, cada vez mais, presente nas agendas políticas de diversos Estados, a dependência dos idosos também não é exceção. Aliás, uma das maiores preocupações dos diversos países com elevados índices de envelhecimento prende-se com a dependência que muitos idosos ostentam para conseguirem realizar as suas tarefas básicas da vida diária. Assim, têm sido muitas as

medidas implementadas neste âmbito, procurando dar resposta a esta “nova” realidade. Posto isto, quando avaliamos a dependência patenteia-se fundamental esclarecer que esta não é somente física ou cognitiva, mas também poderá ser financeira ou emocional, por exemplo, podendo afetar o indivíduo em qualquer fase da sua vida, ou seja na juventude ou velhice. Atribuindo um especial enfoque aos mais velhos e à forma como a dependência é experienciada nesta fase da vida, é possível perceber que a dependência tende a aumentar com a idade, não somente ao nível dos cuidados mas também dos rendimentos e condições de vida.³ Os idosos, independentemente do valor das suas pensões, em determinada altura da vida poderão ter uma maior dependência neste domínio, principalmente os idosos que vivem em países que oferecem pensões extremamente baixas e que não lhes permitem fazer face às despesas que também aumentam com a idade (por exemplo, o elevado número de medicação que têm de comprar, os equipamentos e modificações à habitação que têm de completar, entre outros aspetos).

No que respeita à dependência física e psíquica, alvo de estudo neste trabalho, estas não afetam somente os idosos, mas é este grupo que apresenta um maior índice de incidência, explicado pela perda de capacidades motoras e cognitivas provenientes da idade avançada. Assim, podemos afirmar que, segundo Quaresma (2004) o conceito de dependência *“na sua génese entra, por um lado, a noção de incapacidade (conceito das ciências médicas) e, por outro, a noção de risco de perda de autonomia, associando ambas à velhice, no que pode ser entendido como uma relação implícita, mas não provada, de causalidade”* (Quaresma, 2004: 38). Acrescenta, ainda, que a dependência *“(…) é uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de protecção social às pessoas que precisam de ajudas, nas actividades quotidianas, para satisfação das suas necessidades básicas”* (Quaresma, 2004: 40). Como medir a dependência? A sociedade tem procurado apresentar múltiplos índices tendo em vista a classificação dos diversos níveis de dependência sentida por parte dos indivíduos, nomeadamente o Índice de Barthel; o Índice de Lawton; e o Índice de Katz. Estas unidades de medida permitem classificar o nível de dependência em que cada indivíduo se encontra e a partir daí possibilitar a criação e implementação de mecanismos que procuram colmatar esta dificuldade.

³ Consultar anexo 3: “Tabela 5 – Taxas de dependência, rendimento e condições de vida, por grupo etário (2009)”.

Quanto ao Índice de Barthel, de acordo com Sequeira (2007), *“este índice é composto por 10 ABVD. Cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que o score «0» corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com «5», «10» ou «15» pontos de acordo com níveis de diferenciação”* (Sequeira, 2007: 141-142). A sua cotação oscila entre os 0 e os 100 pontos, sendo que quanto menor é a pontuação maior é o nível de dependência. Assim, de 90-100 o indivíduo é considerado independente; de 60-90 pontos ligeiramente dependente; dos 40-55 pontos moderadamente dependente; 20-35 pontos severamente dependente; e menos de 20 pontos constata-se uma situação de total dependência. Apesar de ser *“um instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação, mas desconhece-se os estudos de validação para a população portuguesa e as suas características psicométricas”* (Sequeira, 2007: 143).

Relativamente ao Índice de Lawton este avalia as AIVD, tais como: cuidar da casa; lavar a roupa; preparar a comida; fazer compras; utilizar o telefone; utilizar transportes; gerir o dinheiro e a medicação. De acordo com Sequeira (2007) *“cada item apresenta 3,4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de «1 a 3», de «1 a 4» ou de «1 a 5», em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência”* (Sequeira, 2007: 145). Este índice oscila entre os 8 e os 30 pontos, sendo que os 8 pontos revelam que o indivíduo é independente; dos 9-20 pontos o indivíduo é considerado moderadamente dependente; e mais de 20 pontos severamente dependente.

O Índice de Katz apresenta-se agrupado em 6 atividades da vida diária: banho (com esponja, duche ou banheira); vestir-se; ir à casa de banho; mobilidade; controlo dos esfíncteres e alimentação. Os índices aqui evidenciados, assim como muitos outros que não foram enunciados, têm sido adotados por vários cientistas sociais de forma a analisar o grau de dependência em que os idosos se encontram e de que forma essa dependência se traduz em consequências em diversas dimensões do seu quotidiano. Conhecer a realidade dos idosos e produzir medidas para colmatar determinadas fraquezas também passa pelo recurso a estes índices que nos permitem a nós cientistas do social conhecer melhor estes indivíduos e a partir daí podermos elencar soluções para as suas necessidades.

1.2.3. Os cuidados e os cuidadores

Com o aumento dos índices de dependência dos idosos cresce, também, a procura de cuidados e de cuidadores que são convocados a intervir, de modo a solucionarem as necessidades daqueles que precisam de auxílio. Autores como Anttonen e Sipila (1996) identificaram quatro modelos de prestação pública de serviços de cuidados para as pessoas mais idosas na Europa Ocidental, referindo que nos países nórdicos a prestação de cuidados na residência do idoso encontra-se muito desenvolvido. Neste modelo de acesso a cuidados existe um princípio de universalismo baseado na cidadania. O setor público tem um papel fundamental, quer no financiamento como na produção de serviços de saúde. Nos países escandinavos, embora os serviços sociais dirigidos às pessoas idosas se encontrem amplamente desenvolvidos, algumas mudanças introduziram a lógica da responsabilidade individual. Na Europa Central, os cuidados são semelhantes aos países da Europa do Sul, com um papel subsidiário do Estado, e com base em transferências de dinheiro, ao invés de prestação direta de cuidados. E, por fim, os países da Europa do Sul caracterizam-se por um fornecimento de cuidados pouco desenvolvido. Apesar do cuidador informal constituir uma importante fonte de apoio em todos os países, no Sul da Europa a particularidade reside na obrigação legal e moral que repousa na Família para cuidar dos seus membros (Anttonen & Sipila, 1996). A ERS Portuguesa constatou que nos países do Norte da Europa encontramos uma prestação pública de cuidados formais, sendo que desde os anos 90 tem-se operado uma redução substancial. Por sua vez, nos países Mediterrânicos (Espanha e Itália) os cuidados continuados são desenvolvidos sobretudo de forma informal pela Família, que recebe um parco amparo do Estado através de financiamento. O apoio domiciliário é prestado pelas autoridades regionais de saúde e pelos municípios. Na França e na Bélgica encontramos um modelo intermédio entre estes dois caracterizados anteriormente. Nestes países os setores públicos e privados exercem uma grande influência. Na França, o serviço domiciliário, composto por médicos e enfermeiros é oferecido aos idosos a título essencialmente gratuito. Quanto aos países do Leste da Europa, os cuidados formais domiciliários encontram-se reduzidamente desenvolvidos. O exemplo da Polónia, mostra-nos que os cuidados a idosos dividem-se entre o setor privado (Família e prestadores privados), o setor público e outras instituições, como

ONG's e organizações religiosas (ERS, 2015). Estas distintas realidades conduzem-nos a refletir sobre a própria qualidade e preferência que os indivíduos poderão ou não fazer dos cuidados que lhe são prestados. Neste sentido, vários estudos têm sido desenvolvidos ilustrando-nos as diferentes realidades que encontramos em vários países no que conduz às escolhas dos cuidados para pais dependentes. É na Holanda e na Suécia que menos se defende que um dos filhos deve coabitar com os seus pais, ao contrário da Polónia em que esta opção é das mais escolhidas. No que respeita à ideia de que os prestadores de serviços públicos ou privados devem visitar os domicílios a fim de proporcionar aos seus parentes os cuidados necessários, é na Suécia que esta ideia prevalece em maior número, ao invés da Polónia onde encontramos a menor percentagem. À opção *“um dos seus filhos deve visitar regularmente a sua casa para lhes proporcionar os cuidados necessários”* é na Grécia que este tipo de cuidados é o mais eleito, ao inverso da Suécia. E, por fim, é na Eslovénia que mais se afiança que os pais dependentes deverão ser transferidos para um lar de idosos/estrutura residencial, em que na Grécia este tipo de cuidados é reduzidamente privilegiado, intrinsecamente relacionado com os ideais familiares prevalecentes no Sul da Europa.⁴

A preocupação principal é que as pessoas vivam não só mais tempo, mas com uma maior qualidade, e o desafio reside exatamente neste aspeto, em que frequentemente os Estados não possuem mecanismos nem recursos para atingir esse intento. Assim sendo, importa elaborar a distinção entre *“healthy ageing”* e *“long-term care”*. Segundo Rodrigues, Huber e Lamura (2012) *healthy ageing “is often referred to as prevention and monitoring of chronic diseases, often with a focus on the age group 50 years and above, what has been termed «early old age». On the other hand, «long-term care» deals mainly with the specific needs of people with functional limitations that are typical – although not exclusive – for people in their last years of life and related to the onset and aggravation of frailty”* (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012: 15). É possível constatar que a principal razão para o aumento da procura de LTC se pautar pelo acréscimo do número de pessoas idosas. De acordo com os dados fornecidos pela OECD, menos de 1% das pessoas idosas com menos de 65 anos usa LTC, enquanto que cerca de 30% das mulheres europeias entre os 80 e mais anos recorre aos LTC. De mencionar, ainda, e novamente de acordo com o relatório da OECD, mais de metade

⁴ Consultar anexo 4: “Tabela 6 – A opção mais adequada de cuidados para os pais dependentes, em percentagem (2007)”.

dos beneficiários com 80 e mais anos recebe os cuidados em casa, e apenas 1/3 recebe cuidados em instituições (OECD, 2011).

Quem são os trabalhadores LTC? De acordo com os dados fornecidos pela OECD (2011), 9 em cada 10 trabalhadores formais de LTC são mulheres, sendo que a maior densidade de trabalhadores LTC é encontrada na Suécia e Noruega, em que em cada 100, 40 trabalhadores tem idade superior a 80 anos. Isto reflete claramente um aspeto que tem vindo a ser discutido no que concerne à idade dos cuidadores e como é que o regime de cuidados poderá ser colocado em causa. Alguns lançam mesmo a questão: quem é que vai cuidar do idoso, e quem é que vai cuidar do cuidador? Assim, os cuidados de longa-duração encontram-se enraizados num conjunto de desafios, até porque *“as in health care, increased longevity (i.e. increased life expectancy) can contribute to an increase of future LTC spending”* (EC, 2015). A OECD avança que usualmente as políticas de LTC são desenvolvidas de forma fragmentada e respondendo a problemas políticos e financeiros, ao invés de serem construídos de forma sustentável e transparente (OECD, 2011). Também Pavolini e Ranci (2008) destacam estas matérias ao afirmarem que o crescimento inadequado de programas LTC tornou-se, cada vez mais, evidente a partir do momento em que o número de pessoas dependentes cresceu. Acrescentam, ainda, que *“at the same time there has been a progressive decrease in the ability of family networks to provide support owing to the increase in the old age dependency ratio and the female activity rate. Faced with the dilemma of these growing demands for services and the need to contain the costs of care provision, many Western European governments have reformed their LTC services over the last 15 years”* (Pavolini & Ranci, 2008: 246). A crise produziu sérias implicações na prestação dos cuidados e na qualidade dos mesmos, em que a sua mercantilização tem sido cada vez mais criticada. Ranci e Pavolini (2015) destacam, por isso, a pressão que é feita à LTC para a racionalização de custos.

Assim, a prestação de cuidados é distinta nos diversos países europeus, em que a forma como se atua para fazer face às exigências atuais se revela discrepante, sendo que os Estados que têm sido alvo das mais duras críticas se encontram no Sul da Europa. Judy e Elisabeth (2013) reforçam esta ideia quando revelam que a concessão de pagamentos financeiros (*“cash for care”*) para pessoas idosas dependentes, incluindo o pagamento aos membros da Família que cuidam, é uma medida de apoio cada vez mais

utilizada nos países da União Europeia, incluindo Itália e Espanha. No entanto, a crise atual, principalmente a vivenciada nos países do Sul da Europa, tem colocado em causa a ajuda fornecida pelo Estado e, em consequência disso, este tipo de políticas encontra-se em suspenso (Judy & Elisabeth, 2013). Assim, as despesas públicas em LTC têm-se mostrado patentemente distintas no seio da União Europeia, tal como ilustrado na tabela seguinte.

Tabela 7 – Despesas públicas em LTC por tipo de cuidados, em 2010

Países	Total	Em casa	Em instituições	Prestações em €
Bélgica	2,35	0,60	1,30	0,45
Bulgária	0,47	n.a.	0,17	0,30
República Checa	0,81	0,06	0,23	0,53
Dinamarca	4,50	1,33	1,14	2,04
Alemanha	1,43	0,40	0,58	0,45
Estónia	0,53	0,01	0,19	0,33
Irlanda	1,11	0,19	0,92	n.a.
Grécia	1,36	0,88	0,13	0,35
Espanha	0,82	0,22	0,46	0,14
França	2,16	0,44	1,38	0,34
Itália	1,91	0,49	0,55	0,86
Chipre	0,16	n.a.	0,01	0,15
Letónia	0,67	0,05	0,51	0,12
Lituânia	1,22	0,48	0,51	0,23
Luxemburgo	0,98	0,33	0,56	0,09
Hungria	0,84	0,01	0,25	0,58
Malta	0,65	0,09	0,56	0,00
Holanda	3,82	0,53	2,00	1,29
Áustria	1,63	0,47	0,34	0,83
Polónia	0,73	0,07	0,30	0,37
Portugal	0,31	0,23	0,08	0,00
Roménia	0,63	0,58	0,04	0,01
Eslovénia	1,43	0,20	0,70	0,53
Eslováquia	0,27	0,14	0,09	0,05
Finlândia	2,51	0,70	1,50	0,31
Suécia	3,88	1,85	1,87	0,16
Reino Unido	1,97	0,86	0,56	0,56
EU-27	1,84	0,53	0,80	0,52

(Em % de PIB)
Fonte: EC (2012)

Através da tabela 7 é possível verificar que a média de despesas totais de LTC num conjunto de 27 países é de 1,84%, sendo que os países com percentagem superior à média da UE-27 são a Bélgica, a Dinamarca, a França, a Itália, a Holanda, a Finlândia, a Suécia e o Reino Unido. Quanto às despesas para os cuidados em casa, os países que

apresentam médias superiores à UE-27 contam-se a Bélgica, a Dinamarca, a Grécia, a Roménia, a Finlândia, a Suécia e o Reino Unido. No que respeita às despesas em instituições, sendo a média da UE-27 de 0,80%, a Bélgica, a Dinamarca, a Irlanda, a França, a Holanda, a Finlândia e a Suécia apresentam despesas superiores. Por fim, quanto às prestações públicas oferecidas em dinheiro, países como a República Checa, a Dinamarca, a Itália, a Hungria, a Holanda, Áustria e o Reino Unido apresentam despesas públicas superiores à média dos países da UE-27. Importa, ainda, referir que Portugal e Malta são os dois únicos países que não apresentam qualquer despesa pública através de prestações em dinheiro para o LTC. De reforçar, que o único país que se encontra sempre acima da média da UE-27 quer no total de gastos em LTC quer nos tipos de cuidados prestados é a Dinamarca.

Posto, têm-se operado uma série de previsões no que respeita às futuras despesas de LTC, em que se constata que em 2060 todos os países da UE-27 irão aumentar a sua despesa em LTC, sendo que alguns acréscimos serão mais acentuados do que outros, em que os países como menor despesa serão a Bulgária, a Estónia, o Chipre, Portugal e a Eslováquia.⁵

O debate em torno destas questões tem-se desenvolvido, uma vez que as respostas fornecidas no seio da União Europeia revelam-se profundamente diferenciadas, em que *“o principal desafio de política na Europa no que diz respeito a cuidados de longa duração é encontrar a combinação entre o aumento da longevidade e a diminuição da fertilidade. Não se pode esperar que seja a família, com todas as suas alterações estruturais que venha a arcar com toda a responsabilidade, mesmo nos países da Europa do Sul”* (Carneiro et al, 2012: 313). Posto isto, qual o futuro para os nossos idosos? Estará a justiça social colocada em causa? Mao (2004) afirma que apesar da imprevisibilidade do futuro *“social justice will be important, because any changes within the organizational structure of the welfare states need to be justified”* (Mao, 2004: 68).

⁵ Consultar anexo 5: "Tabela 8 – Total de despesas públicas em LTC (previsões 2060)".

Capítulo 2 – O envelhecimento em Portugal: especificidades do caso português?

A realidade portuguesa por um lado vai de encontro àquilo que podemos encontrar em diversos países europeus, mas por outro apresenta uma série de especificidades que devem ser tidas em consideração. Tal como Lopes e Lemos (2012) afirmam “*em Portugal, à semelhança do que se passa um pouco por todo o mundo desenvolvido, o acentuar do envelhecimento demográfico, após algum ímpeto de celebração inicial pelo significado civilizacional dos acréscimos de longevidade, deu lugar a um conjunto de preocupações que, rapidamente, catapultaram as dinâmicas de recomposição demográfica na base desse envelhecimento para o estatuto de problema social*” (Lopes & Lemos, 2012: 20). Hoje, também em Portugal, se vive mais, o que representa uma enorme conquista social, mas os efeitos nefastos dessa mudança parecem ter atingido proporções inesperadas. Assim sendo, primeiramente importa, estabelecer um breve retrato da evolução dos serviços de saúde em Portugal, cujo desenvolvimento se encontra intrinsecamente relacionado com o aumento da esperança de vida. Num momento anterior ao século XVIII, os cuidados de saúde eram fornecidos apenas aos pobres pelos hospitais e instituições religiosas. Em 1901 assiste-se a um desenvolvimento dos serviços públicos de saúde, sendo que em 1945 observa-se um acentuar desse crescimento. No ano de 1946, foi criado um sistema de seguro social de saúde obrigatório (Caixas de Providência). Mas é em 1975 que várias mutações se operam no âmbito dos cuidados de saúde prestados à população, com destaque para a nacionalização dos serviços de saúde. Em 1979 surge o SNS, não suprimindo as expectativas inicialmente previstas. Ao longo destes anos, foram várias as instituições religiosas assumidas por parte do Estado. Em 2002, foi criado um quadro para a implementação de parcerias público-privadas (Santana et al, 2007).

Ao longo da história do nosso país e a par destas medidas, no âmbito da saúde, outras foram sendo implementadas e dirigidas às populações mais velhas. O que é ser-se velho hoje patenteia-se substancialmente diferente do que era há 40 anos atrás. Tal como é decretado na Constituição da República Portuguesa, no artigo 72.º, “*as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social*” (Constituição Portuguesa, art.72.º). Assim

sendo, o que tem sido realizado por parte do Estado no que concerne ao apoio prestado ao idoso? Segundo Lopes, “*the Portuguese social protection to old age is often labelled as a Bismark oriented system, based on a social insurance approach targeting income replacement*” (Lopes, 2006: 108). No pós 25 de Abril de 1974, foi criada a pensão social, em que se assumiu o direito à proteção dos mais velhos. Em 1980 e 1982 surgem os primeiros centros de dia, apoio domiciliário e lares de idosos. Em 1986, e com o ingresso do nosso país na União Europeia, mais apoios surgiram, nomeadamente o subsídio de assistência à terceira pessoa, em 1989. Na década de 70, proliferam as respostas sociais aos mais velhos, e nos anos 90 assiste-se à qualificação dos modelos de cuidado e à regulamentação das respostas sociais. Em 1994 surgem os cuidados integrados, e em 1998 aprovam-se as orientações para o apoio social e cuidados de saúde aos indivíduos em situação de dependência. É em 2006, que é criada a primeira RNCCI (Carvalho & Almeida, 2014). Importa salientar que muitas e importantes medidas ainda estão por implementar em Portugal. Em termos de oferta, existe uma gama bastante alargada de serviços e profissionais para satisfazer as necessidades ao nível da saúde e cuidados para idosos. Contudo, eles encontram-se de tal forma fragmentados e dispersos que a acessibilidade e eficiência poderão ficar comprometidas (Santana et al, 2007).

2.1. O sistema de cuidados

Em Portugal, e à semelhança do que se observa nos restantes países do Sul da Europa, o conceito de “cuidado” e a forma como ele é entendido no Norte da Europa, ainda é muito recente no nosso país (Santana et al, 2007). Tradicionalmente foi no âmbito da segurança social que o cuidado a idosos foi sendo organizado. E em que modalidades? Ora, o Estado português quer por razões históricas quer por razões de natureza ideológica nunca apresentou uma declarada apetência para a expansão da rede de serviços, preferindo sempre a abordagem monetarista (viés monetarista), recorrendo a um sistema de parceria com o setor privado não lucrativo, sustentando esse setor e permitindo que fosse este a implementar serviços de apoios aos idosos. Assiste-se a um *mix* privado e público em que se operou um aumento de entidades com fins lucrativos, em que uma parcela é financiada pelo Estado e outra pelo cliente (Santana, Szczygiel &

Redondo, 2014). Inclusive, foi criada uma figura específica, as denominadas IPSS's que permitiram ao Estado assumir um papel meramente regulador e possibilitaram, ainda, a criação de um sistema de acreditação das instituições para que possam ser parceiras do Estado. Ou seja, muitos dos cuidados prestados em Portugal são desenvolvidos de forma formal por prestadores privados com ou sem fins lucrativos, em que o apoio do Estado se tem demonstrado marginal, consubstanciando-se às IPSS's (Santana, Szczygiel & Redondo, 2014). Essencialmente, o Estado fornece o capital económico enquanto que as instituições avançam com os serviços, tais como os centros de dia, serviços de apoio domiciliário, lares, centros de noite, centros de lazer, programas de férias, sendo estes 3 últimos pouco expressivos. Posto isto, as IPSS's cresceram de forma exponencial, a partir de meados da década de 90, tornando-se um setor extremamente poderoso em Portugal. Segundo Lopes (2006) *“portuguese institutions usually designate the «long-term care assistance» as a complement for dependency (Complemento por Dependência). This benefit is attributed according to the general social protection scheme that applies to the beneficiary: social insurance or social assistance”* (Lopes, 2006: 112). Os idosos portugueses têm usufruído de várias prestações de segurança social como a pensão de velhice; a pensão social de velhice; o acréscimo vitalício de pensão; benefícios adicionais de saúde; complemento especial à pensão social de velhice; complemento por cônjuge a cargo; complemento solidário para idosos e suplemento especial de pensão (Segurança Social, 2016). Perante tudo isto, não podemos descurar o papel da Família cujo apoio, ainda que tenha vindo a decrescer, continua assumir uma elevada importância.

2.1.1. Princípio fortemente familista na gestão dos cuidados

A Família foi e continua a ser, em Portugal, a primeira solução para aqueles que precisam de cuidados e só em momentos posteriores surge o auxílio ao apoio formal como um complemento ao apoio já prestado pelos familiares (cuidadores informais) ou na ausência deles. *“Actualmente, em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de protecção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão*

de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais” (Nogueira, 2009: 10). Assim, os cuidados prestados ao idoso em Portugal seguem uma linha estreita com o que se passa nos restantes países do Sul da Europa, em que o suporte familiar é predominante, sendo que não existem dados estatísticos que nos demonstrem o número de cuidadores informais no nosso país. Neste sentido, Lopes (2013) constata que a co-residência com os pais idosos, em 2007, em países como a Suécia, Finlândia e Dinamarca oscilava entre os 1,3 e 7,4%, em Portugal estes valores sobem para os 27%. Ou seja, *“Portugal can be argued to remain a strongly familialist system in the ways it organises for the provision of welfare”* (Lopes, 2005: 349). A Família *“é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice: apenas uma diminuta proporção de idosos vive em instituições de alojamento próprias, sendo a maior parte desses indivíduos de idade avançada”* (Martins, 2006: 133). Quando um idoso se encontra em situação de dependência a Família é a primeira entidade convocada a intervir e, só posteriormente é o Estado, quando o consegue fazer. E porquê? Ora, apesar dos cuidados aos mais dependentes estarem largamente institucionalizados, as respostas sociais existentes não se revelam suficientes (nem em quantidade, nem em qualidade) e os governantes apelam, muitas vezes, à responsabilização das famílias pelos seus elementos mais vulneráveis (Pimentel, 2008). O próprio idoso encontra-se profundamente ancorado na sua Família (caso a tenha) não só a nível físico mas também emocional, uma vez que *“com o advento das transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o idoso tende, com o avanço dos anos, a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se deste modo cada vez mais à sua família. Em consequência, esta torna-se um factor básico não só à sobrevivência do idoso, mas também para que este se mantenha emocionalmente equilibrado, face às contingências do declínio biopsíquicosocial”* (Martins, 2006: 131). Existe, quer em Portugal quer nos restantes países do Sul da Europa, uma pré-noção de que a Família tem a responsabilidade social de cuidar dos seus, daqueles que cuidaram de nós um dia, e em que aqueles que não o fazem são frequentemente encarados e englobados num contexto de forte estigma social. Perante esta realidade patente, Pimentel (2008) elabora a distinção entre as estratégias de exclusividade, ou seja, em que os cuidadores não recorrem a nenhuma fonte de apoio exterior, e as estratégias de complementaridade em

que se invoca a serviços exteriores para ampliar os que são praticados por parte dos familiares. Ou seja, embora a Família continue a ser a principal entidade convocada a entrevir, os apoios formais continuam a aumentar para dar respostas, muitas vezes, às fragilidades e pedidos de ajuda por parte das famílias, que sozinhas não conseguem fazer face a todas as necessidades que o idoso carece. Reforçado pelo facto da função do cuidador familiar nem sempre ser *“reconhecida a nível legal, pois encara-se como uma obrigação familiar, não se criando medidas que facilitem à família a sua assunção com qualidade”* (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004: 61). Aliás, Martins (2006) vai mais longe e acredita que muitas famílias portuguesas já não são capazes de assegurar *“a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam e que passavam por satisfazer necessidades físicas (como a alimentação, habitação e cuidados globais), psíquicas (como a auto-estima, o afecto, o equilíbrio) e as sociais (como a identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo)”* (Martins, 2006: 134). Para além disso, ainda existe uma fatia considerável de idosos que se encontram completamente desestruturados do seu agregado familiar, muitos deles vivem isolados e sem família, o que relança o debate em torno da carência de medidas que atenuem esta fragilidade. Ou seja, o princípio familista existe em larga extensão sendo que tem vindo a ser complementado pelo auxílio de apoios formais.

2.1.2. Respostas formais no âmbito dos cuidados

Se, por um lado, a Família e os cuidadores informais representam uma elevada importância no sistema de apoio a idosos no nosso país, também as respostas formais que têm vindo a ser desenvolvidas revelam-se de extrema importância, representando, frequentemente, um suporte aos cuidados que a Família presta e uma fonte de alívio para cuidadores. Assim sendo, importa dissecar acerca das respostas formais que são disponibilizadas para aqueles que se encontram em situações de dependência, nomeadamente o acolhimento familiar, o centro de convívio, o centro de dia e de noite, as estruturas residenciais e o apoio domiciliário. As respostas sociais dirigidas aos idosos portugueses têm apresentado um crescimento considerável (49%) no período compreendido entre 2000-2014, traduzindo-se num aumento aproximado de 2500 respostas, sendo o apoio domiciliário o que mais tem crescido passando de 48.700

lugares, em 2000, para 104.500 em 2014 (Carta Social, 2014). As respostas sociais apresentam números distintos de acordo com o serviço prestado, tal como exemplificado na tabela 9, em que é possível perceber que todas as respostas elevaram os seus números, sendo o SAD o que mais expressividade demonstra.

Tabela 9 – Número de respostas sociais em Portugal nos anos 2000 e 2014

Respostas sociais	Anos	
	2000	2014
SAD	1 667	2 650
Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	1 469	2 315
Centro de dia	1 624	2 048
Lar Residencial	132	265

Fonte: Carta Social (2014)

Importa, também, perceber quais são os grupos que utilizam este tipo de respostas sociais implementadas, nomeadamente no que concerne ao escalão etário, género e nível de dependência. Quanto aos centros de dia estes são frequentados maioritariamente por mulheres. Em 2014, metade dos utentes tinham até 79 anos de idade, sendo que se analisarmos o escalão etário, o grupo dos 80-84 é aquele que mais representatividade impõe. Ao nível do SAD, também é o escalão etário dos 80-84 anos que apresenta um peso mais acentuado, sendo que, tal como nos centros de dia, os utentes até ao 79 anos de idade representavam quase metade dos utentes atendidos. A procura da manutenção do idoso na sua residência, permitindo a institucionalização mais tardia, poderá explicar as idades dos utentes deste tipo de serviço. A distribuição por género, à exceção dos escalões <65 anos e 65-69 anos em que os homens se encontram em maioria, verifica-se um aumento progressivo do género feminino com o aumento da idade. Nas estruturas residenciais para idosos, encontramos um grupo etário mais envelhecido, quando comparado com as anteriores respostas sociais. O género masculino encontra-se em superioridade até aos 69 anos, em que é a partir dos 70 anos de idade que as mulheres se encontram com expressiva maioria. De destacar, ainda, que os utentes com 95 ou mais anos, em 2014, representam 4% (Carta Social, 2014).

Quanto ao nível de dependência dos utilizadores destas respostas sociais, em 2014, é nas estruturas residenciais para idosos que os indivíduos apresentam uma menor autonomia, como exemplificado na tabela seguinte.

Tabela 10 – Nível de autonomia dos utentes, em 2014

Respostas sociais	% de autonomia dos utentes
SAD	39%
Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência)	20%
Centro de dia	54%

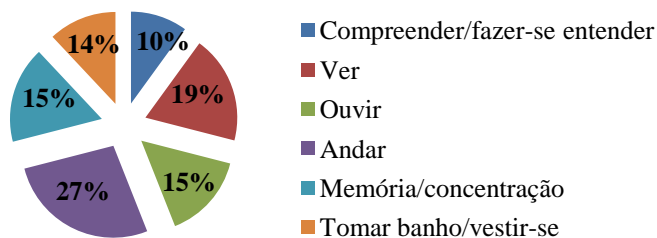
Fonte: Carta Social (2014)

Uma outra resposta social desenvolvida por parte do Estado português prende-se com o Complemento por Dependência (CD), em que os beneficiários que têm acesso a este benefício são pensionistas cujo montante de pensão não ascende aos 600 euros por mês e tem plena incapacidade para atividades de vida diária autónomas; e os não-pensionistas com doenças crónicas incapacitantes muito específicas. O CD é calculado como uma percentagem entre 45 e 90% do mínimo social legal (Pensão social) (EC, 2014). Este complemento não poderá acumular com os rendimentos provenientes do trabalho nem de uma outra prestação para o mesmo fim, e é concebido de acordo com a duração da situação de dependência do indivíduo (Segurança Social, 2016).

2.1.2.1. Programas de apoio a idosos dependentes: RNCCI e SAD

Em Portugal, o INE nos últimos censos (2011) procurou medir a dependência incluindo no inquérito questões sobre a maior ou menor facilidade que os indivíduos possuíam para realizar determinadas atividades, entre elas estava o tomar banho, vestir-se, subir e descer escadas, ouvir e ver, entre outros aspetos. Todavia, a forma como o INE decidiu medir esta questão apresenta algumas fragilidades, uma vez que se misturaram na mesma pergunta vários tipos de dependência, em que se revela díspar a necessidade de auxílio para tomar banho ou vestir meias. Apesar de todas as críticas apontadas, importa analisar os dados que nos fornecem o único panorama disponível da realidade portuguesa. No que concerne à taxa de prevalência de dificuldades na realização das atividades diárias na população com 65 ou mais anos, é possível constatar que num total de 49,51% de dificuldade, são as mulheres que mais entraves encontram quando procuram desenvolver atividades do quotidiano (Homens: 41,71%; Mulheres: 55,14%). Quanto ao tipo de dificuldades encontradas, a figura 1 ilustra-nos que é no “andar” que os indivíduos com 65 ou mais anos encontram as maiores complicações (INE, 2011).

Figura 1 – Tipo de dificuldade na realização das atividades da população com 65 ou mais anos



Fonte: INE (2011)

Perante estas e outras dificuldades com que os indivíduos se depararam, surgiram uma série de programas de apoio neste âmbito. A RNCCI, anteriormente já mencionada, trata-se de um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, sendo formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Esta Rede legislada em 2006, só se expandiu em 2008, estando hoje, ainda, em fase de desenvolvimento. O que estava previsto era que, em 2016, a Rede estivesse consolidada, algo que ainda não se verifica. A RNCCI é “*constituída por unidades e equipas de cuidados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais*” (Decreto-Lei nº101/2006, art.2.º). Os seus principais objetivos prendem-se com a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Pretende-se promover a autonomia do indivíduo, bem como melhorar a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (ACSS, 2015). A RNCCI repousa na garantia de proporcionar à pessoa com dependência, dignidade, preservação da identidade, privação, informação, não-discriminação, integridade física e moral, exercício de cidadania e consentimento informado das intervenções efetuadas (Decreto-Lei nº101/2006, art.7.º). Os cuidados continuados integrados são realizados pelas unidades de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos); unidades de ambulatório (unidade de

dia e de promoção da autonomia); equipas hospitalares (equipas de gestão de altas e intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos); e as equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos). Observando os números relativos ao movimento assistencial de utentes, de janeiro a outubro de 2015, é possível constatar que o número de utentes referenciados encontrava-se nos 34.690, em que os utentes admitidos foram de 29.755, e o número de altas concentrou-se nas 29.250 (ACSS, 2015). Quem tem acesso aos serviços prestados pela RNCCI? Os indivíduos que se encontrem numa destas situações: dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com alto impacto psicossocial ou doença em fase avançada ou terminal (Decreto-Lei nº101/2006, art.31.º).

O que torna esta Rede inovadora? Assistimos a uma articulação, pela primeira vez em Portugal, entre cuidados de saúde e cuidados sociais. Algo que gerava tensão entre Estado e instituições de solidariedade social, uma vez que o Estado apenas financiava os cuidados de apoio social, mas com demasiada frequência os idosos careciam de cuidados de saúde (administração de medicação, limpar feridas,...). Existia assim uma tensão entre os enfermeiros e os técnicos que cuidam dos idosos, uma vez que muitas instituições não possuíam financiamento para suportar a remuneração de um enfermeiro, mas estes profissionais entendiam que determinadas funções tinham de ser realizadas somente por eles. Aliás, no Diário da República, no Decreto-Lei nº101/2006 artigo nº 40, é possível constatar que os recursos humanos que integram a Rede são *“equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar”* (Decreto-Lei nº101/2006, art.40.º), sendo que a Rede poderá usufruir, ainda, do apoio de vários voluntários. Um segundo aspeto inovador, acontece a partir do momento, em que se estabelece que os cuidados podem envolver uma componente social e de saúde em que se revela necessário que cada uma das partes assuma as responsabilidades a nível de financiamento, uma vez que a Segurança Social não tem por obrigação financiar os cuidados de saúde, mas sim o Ministério da Saúde. Assim, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é financiada em partes que são definidas em função do tipo de cuidados, em articulação com Segurança Social e Ministério da Saúde.

Passam, assim, a fazer parte das equipas funcionários da saúde e do social. Sendo que, apesar das inovações, em que embora se tenha decretado a importância da comunicação e união de forças entre o setor social e de saúde, e apesar de interdependentes, estas continuam distantes, por razões que se prendem com regras, orçamentos, culturas institucionais e profissionais e abordagens de prestações de cuidados diferentes (Santana et al, 2007).

A RNCCI não é uma iniciativa necessariamente de construção e/ou expansão de novos equipamentos, mas trata-se de uma estrutura de coordenação das respostas existentes tendo em vista a sua correta utilização. Algo que esteve na base da criação da Rede foi a convicção de que em Portugal existia desperdício decorrente da desorganização dos serviços, uma vez que determinadas zonas usufruíam de uma resposta superior às suas necessidades, enquanto que outras áreas do nosso país apresentavam um défice de cobertura de serviços dada a elevada procura dos mesmos. Esta estrutura de cuidados continuados surge sobretudo com o intento de introduzir alguns princípios de organização e otimização no funcionamento das respostas sociais existentes, e no sentido da sua melhor articulação. Existe uma tentativa para encontrar para cada indivíduo, em função das suas necessidades, aquele lugar que lhe dá a resposta mais adequada. Verificou-se, também, algum esforço de expansão de equipamentos, com a utilização de fundos comunitários, sendo que o grosso da oferta é proveniente da reclassificação de algumas unidades já existentes de IPSS, que produziram adaptações para cumprir os critérios da RNCCI, nomeadamente na vertente de apoio à saúde, e que foram requalificadas. Em 2011, 1% da população com mais de 65 anos recebeu LTC em instituições (a média na U.E. é de 4%), com 0,4% desta população a receber cuidados em casa (média da U.E. é de 7,9%). Em 2012, 2% dos indivíduos com mais de 65 anos encontrava-se a receber LTC na RNCCI. No período de 2007-2012 um total de 129,780 pacientes recebeu LTC no âmbito da RNCCI (EC, 2014). Ou seja, em Portugal revela-se profundamente visível que os programas de apoio prestados aos idosos se patenteiam pelo englobar do setor privado e público, em que o Estado não consegue fazer face a todas as procuras e, como tal, aqueles que possuem um maior capital económico são os que acedem em primeiro lugar aos cuidados que necessitam. De referir, ainda, que aqueles que são auxiliados pelo Estado sob a forma de

cuidados residenciais, por exemplo, têm muitas vezes de impor o seu ponto de vista relativamente à qualidade dos mesmos.

Neste sentido, importa abordar com um enfoque especial o apoio domiciliário, que tanta expressividade tem adquirido e que é realizado por parte da RNCCI que surge, frequentemente, como um complemento ao auxílio que a Família presta. O apoio domiciliário já existia, como exemplificado anteriormente, todavia com a RNCCI passou a ser denominado de apoio domiciliário integrado. As equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos apresentam uma série de particularidades que merecem destaque. No que respeita à primeira, *“a equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”* (Decreto-Lei nº101/2006, art.27.º). Esta equipa apoia-se essencialmente nos recursos locais que se encontram disponíveis (centros de saúde e autarquias), assegurando cuidados domiciliários de enfermagem e médicos; fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional; educação no âmbito da saúde, incluindo os familiares cuidadores; apoio na persecução das necessidades e atividades básicas quotidianas; apoio nas atividades instrumentais diárias; e coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais. Quanto à segunda, *“a equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro”* (Decreto-Lei nº101/2006, art.29.º). Essencialmente esta equipa presta suporte em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa duração e manutenção.

O SAD trata-se de *“uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária”* (Bonfim & Veiga, 1996). Este serviço procura essencialmente melhorar a

qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias e evitar ou retardar a institucionalização, mantendo os pacientes no seu ambiente habitacional (Santana et al, 2007). Assim, este programa de apoio entra em parceria, muitas vezes, com o apoio que as famílias prestam, uma vez que um idoso dependente que permanece na sua habitação em grande parte dos casos vive com familiares em virtude das suas carências e necessidades. Os objetivos do SAD procuram satisfazer as necessidades básicas dos pacientes, fornecendo um suporte físico e social para os indivíduos e para as suas famílias, bem como colaborar na prestação de cuidados de saúde (Santana et al, 2007). De elencar, ainda, que *“a oferta de SAD é maioritariamente feita por entidades da rede solidária, apesar dos distritos de Lisboa e Porto apresentarem já uma oferta significativa de respostas de propriedade de rede lucrativa”* (Carta Social, 2014). Este serviço desenvolve-se a par de uma série de regras de modo a garantir ao seu utilizador o respeito pela sua individualidade e privacidade, bem como pelos seus costumes e usos; a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista manter ou melhorar a sua autonomia; a articulação com os serviços da comunidade é uma outra evidencia demonstrada no decorrer deste apoio prestado (Bonfim & Veiga, 1996). Contudo, importa não descurar que tal como afirma José de São José *“enquanto a família e o mercado (formal e informal) prestam, potencialmente, uma gama alargada de cuidados durante longos períodos de tempo por dia (incluindo cuidados 24 horas por dia, durante 7 dias por semana), o Estado e o terceiro setor oferecem respostas limitadas e intervenções diárias de curta/média duração. Por exemplo, os Centros de Dia podem funcionar até cerca de oito horas por dia, mas não aceitam pessoas idosas com níveis elevados de dependência, ao passo que o Apoio Domiciliário presta cuidados, embora limitados, a pessoas com um grau elevado de dependência, mas com intervenções diárias que raramente ultrapassam os 30 minutos por dia”* (São José, 2012: 130-131).

O serviço de apoio domiciliário em Portugal, tal como patenteado, tem-se traduzido numa forte aposta, por parte de várias entidades, de modo a atrasar ou a evitar a institucionalização do idoso.

2.1.2.2 Os cuidadores formais

Se os cuidadores informais e/ou familiares continuam a ser predominantes no nosso país, também não é menos verdade o incremento que se tem vindo a assistir de profissionais ligados à prestação de cuidados ao idoso, em consequência do acréscimo de respostas formais. Aliás, no seguimento do que sustentam Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) as transformações que se têm vindo a operar nos cuidados formais e informais encontram-se intrinsecamente relacionadas com a indisponibilidade crescente dos cuidadores familiares e, como consequência, na expansão dos serviços formais. As famílias continuam a cuidar, até porque *“o facto de ser cuidado, cuidar de si próprio ou tão somente cuidar dos outros são imperativos reconhecidos pela maioria dos indivíduos”* (Cerqueira, 2005: 23), todavia a disponibilidade que manifestavam no passado não se traduz de forma similar nos tempos atuais. Em Portugal, *“por norma, os cuidados aos idosos começam por ser assumidos por familiares (ou outros elementos da rede informal), os cuidadores formais são solicitados a partir do momento em que os informais precisam de ajuda, por não conseguirem responder de maneira eficiente às exigências do idoso”* (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004: 106). Assim, múltiplas têm sido as medidas e políticas incrementadas no âmbito do apoio formal dirigido aos idosos, tal como enunciado anteriormente, em que cada vez mais os cuidadores formais assumem um papel de extrema importância no cuidado prestado ao idoso que se encontra em situação de dependência. Persegue-se, cada vez mais, um objetivo duplo que reside em dotar os profissionais de novos instrumentos que lhes permitam atuar de um modo mais sustentado no terreno e permitir às instituições retirar novos dividendos das capacidades daqueles que trabalham, respondendo, desta forma, mais adequadamente às necessidades e problemas dos idosos (Costa, 2002).

A prestação de cuidados formais é geralmente desenvolvida por profissionais qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais,...), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho desse papel, encontrando-se integrados numa atividade profissional. Estes profissionais são remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, entre outros (Sequeira, 2007). Ribeiro (2005) acrescenta, sublinhando, que este tipo de cuidado é essencialmente instrumental. No que respeita aos

profissionais de apoio domiciliário, que têm surgido com amplo enfoque, para além da sua especialização na área do cuidado a idosos são alvo de múltiplas formações, com o intento de se verificar uma atualização e aprofundar dos conhecimentos.

Assim, são vários os teóricos que têm, ao longo dos tempos recentes, problematizado acerca do papel crescente destes cuidadores, procurando, particularmente, perceber em que moldes se realiza o apoio formal aos idosos dependentes, de que forma o cuidador formal interage e se relaciona com o utente, neste caso com o idoso, e com a sua família e/ou cuidadores informais. Procura-se, ainda, perceber que importância apresentam estes cuidadores formais para a sociedade e para as necessidades que cada vez mais são colocadas em discussão. Uma vez que, *“saber cuidar e intervir junto da população idosa, como imperativo global da saúde e da formação, tem vindo a constituir-se num campo de reflexão emergente; o papel e as práticas dos profissionais de terreno (a par de medidas no âmbito das políticas de saúde) têm-se situado no centro de um debate inevitável (pelo acentuado envelhecimento da população), fazendo apelo a novos modos de agir e ver a população idosa”* (Costa, 2002: 17). De reforçar, ainda, o papel inevitável do sistema de cuidados de saúde em que muitos destes profissionais se encontram associados, em que segundo Santana et al (2007) *“the health and social care sectors in Portugal need a major reorganization effort and the concept of integrated care emerges as a response to these challenges based on a coordinated work between independent institutions and professionals as a way to guarantee the continuity of care, improving health, quality of care and patient satisfaction, raising the efficiency and the effectiveness of social and health systems, and fostering patient’s empowerment”* (Santana et al, 2007).

Capítulo 3 – Estratégia metodológica

O presente capítulo faz parte integrante da estratégia metodológica adotada na realização deste projeto de investigação, nomeadamente a construção do modelo de análise e a metodologia utilizada na recolha da informação.

3.1. Modelo de análise

Nesta secção pretendo ilustrar os objetivos da presente investigação, bem como o modelo de análise construído. Tal como enunciam Quivy e Campenhoudt (2008) o modelo de análise representa uma etapa importantíssima no decorrer de um projeto de investigação, uma vez que este *“trata-se de uma charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro”* (Quivy e Campenhoudt, 2008: 109).

Assim, esta investigação orientou-se de modo a dar resposta às seguintes questões de partida:

1. *Como são combinadas as diferentes modalidades de apoio formais e informais na gestão das necessidades em contexto domiciliário de dependência?*
2. *Como representam os idosos dependentes as modalidades de apoio que mobilizam em relação às suas preferências e expectativas?*

Com o intento de responder a estas questões de partida procedi à construção dos objetivos enunciados em seguida.

Objetivo geral:

- Explorar as situações de dependência dos idosos e conhecer as linhas de atuação no que respeita ao apoio prestado aos mesmos.

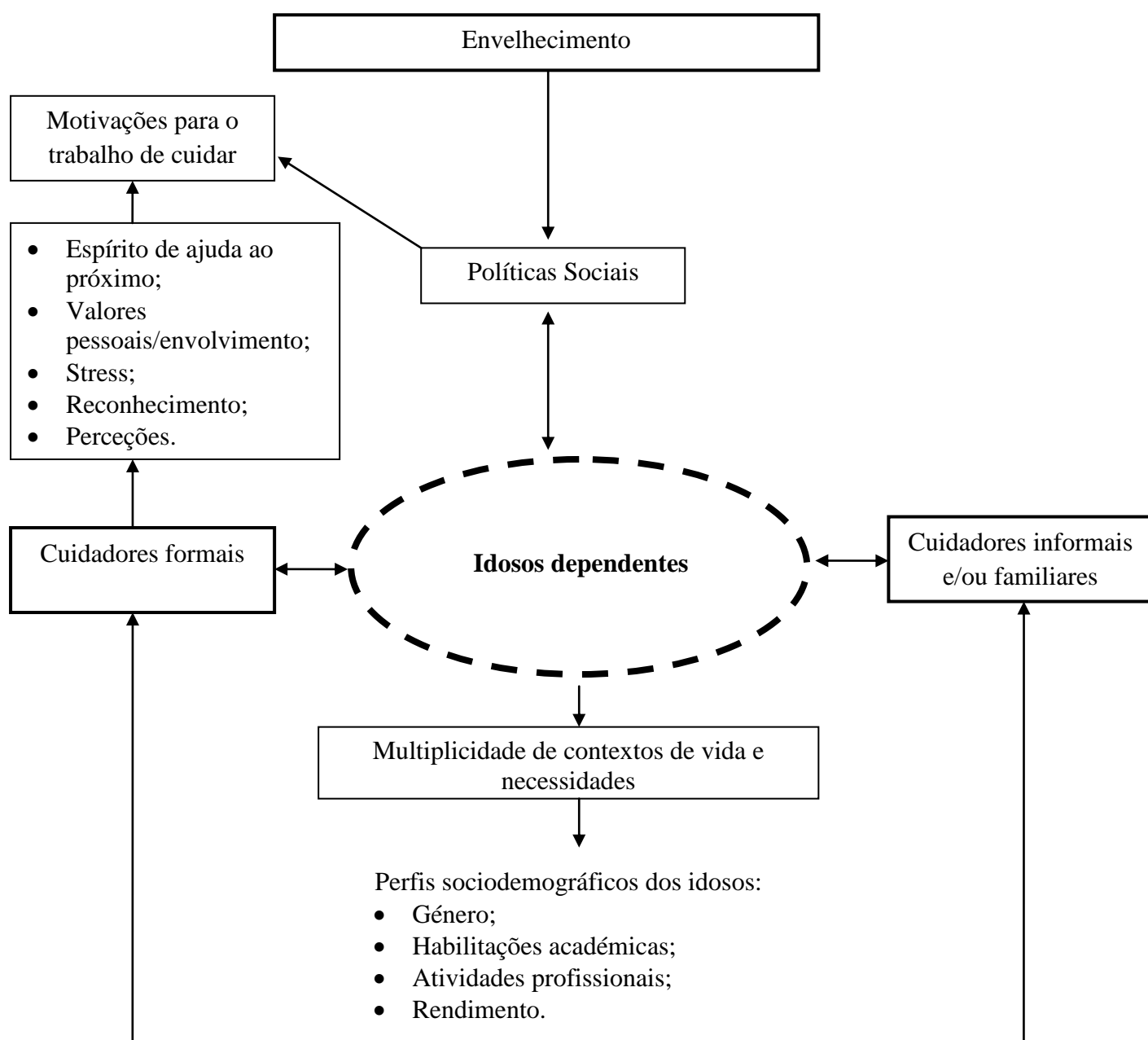
Objetivos específicos:

- Mapear o contexto institucional (político e legal) de desenvolvimento de cuidados a idosos dependentes em Portugal.

- Revelar dimensões materiais e imateriais do trabalho de cuidador de idosos dependentes em contexto formal e informal.
- Discutir as dimensões de encontro e desencontro entre o cuidado formal e informal, com enfoque na perspectiva do recetor de cuidados.

Colocados estes objetivos patenteou-se necessário construir um modelo de análise que procurasse, em certa medida, dar resposta a esses objetivos e interrogações teóricas.

Figura 2 – Modelo de análise



Assim sendo, e tal como ilustrado na figura 2, colocando no centro da minha análise os idosos dependentes procurei perceber em que medida o processo de envelhecimento crescente nas sociedades desenvolvidas se reproduziu em impactos no âmbito das políticas sociais, nomeadamente naquelas dirigidas a idosos dependentes. Não descurando que cada idoso apresenta uma multiplicidade de contextos de vida e necessidades que têm de ser tidas em consideração, procurei compreender o grau de satisfação que os idosos apresentam relativamente ao serviço que lhe é prestado, e em que moldes se estabelece a ligação entre o trabalho dos cuidadores formais e informais no apoio que é prestado ao idoso, tendo sempre em consideração as motivações e constrangimentos dos cuidadores formais e a forma como é realizada a comunicação com os saberes dos cuidadores informais.

3.2. Metodologia utilizada

No que respeita à metodologia utilizada recorri a uma estratégia mista, quantitativa e qualitativa, que me permitiu perceber quem são os idosos dependentes inseridos neste estudo, os cuidadores formais que lhes prestam apoio domiciliário e em que condições habitacionais vivem. Assim, apliquei um inquérito por questionário aos idosos, realizei entrevistas semiestruturadas às cuidadoras formais de apoio domiciliário e recorri à observação direta nos contextos de habitação destes idosos. A técnica do inquérito por questionário revela-se muitíssimo importante, principalmente quando existe a intenção de generalizar a informação recolhida. Segundo Ghiglione (2005) “*o inquérito pode ser definido como uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar*” (Ghiglione, 2005: 7). O inquérito por questionário que utilizei foi desenvolvido para o fim específico de produção de dados sobre as modalidades de utilização, combinação e financiamento de cuidados formais e informais, questionário esse que já se encontra validado para aplicação em Portugal.⁶ Trata-se do Módulo 65+, desenvolvido por uma equipa coordenada pela Professora Doutora Alexandra Lopes e disponível para uso livre pela comunidade académica. Este questionário subdivide-se em 7 secções, das quais:

⁶ Consultar Anexo 6: “Inquérito por questionário”.

1. Apoio necessário e apoio recebido em atividades da vida diária (AVD) e atividades básicas da vida diária (ABVD);
2. Identificação dos cuidadores no domínio das AVD e ABVD;
3. Intensidade dos cuidados recebidos (horas);
4. Padrões de cuidados recebidos;
5. Pagamento dos cuidados;
6. Apoio em refeições e frequência de centros de dia ou de convívio;
7. Equipamentos e produtos de apoio.

O questionário foi realizado com recurso ao método CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing), entre os dias 16 de fevereiro e 26 de fevereiro de 2016. De modo a dar resposta às questões inerentes a cada secção, recorri a um sistema de cartões nos quais se encontram as várias opções de resposta que os inquiridos poderiam seleccionar sem correrem o risco de se esquecerem da panóplia de opções de resposta disponíveis.⁷ Num momento antecedente à aplicação do inquérito por questionário, dirigi-me, acompanhada pelas técnicas de apoio domiciliário da LPSS, à habitação do idoso, de modo a poder explicar-lhe, bem como ao seu cuidador, os objetivos do meu trabalho e para me dar a conhecer. Só numa segunda visita à residência do idoso é que procedi à aplicação do inquérito por questionário. Este inquérito foi aplicado aos idosos dependentes e, nos casos em que estes não se encontravam com as capacidades cognitivas necessárias para o fazer, as respostas foram fornecidas por parte dos seus cuidadores informais e/ou familiares. De salientar que não foi utilizado nenhum instrumento específico para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos, uma vez que a decisão de administrar o inquérito ao próprio ou ao seu cuidador informal, baseou-se fundamentalmente nas informações que me foram fornecidas por parte das técnicas do serviço de apoio domiciliário que me aconselharam neste âmbito. Assim, dos 13 inquéritos aplicados, 6 deles foram administrados ao idoso e os restantes aos seus cuidadores informais. Nos casos em que os idosos não se encontravam com o discernimento necessário para responderem às perguntas e que não tinham junto a si um cuidador informal ou familiar para fornecerem as respostas, a aplicação do inquérito tornou-se inviável. A inquirição foi realizada sem a presença da cuidadora formal de

⁷ Consultar anexo 7: “Cartões do inquérito por questionário”.

apoio domiciliário, de modo a que o idoso e/ou cuidador informal/familiar produzissem as respostas sem qualquer tipo de constrangimento. A análise dos dados recolhidos foi operada, posteriormente, com recurso ao SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

No que respeita à entrevista e, tal como Silva sustenta, “(...) *a arte de toda a entrevista consiste em criar, por parte do entrevistador, uma situação de diálogo onde as respostas do entrevistado sejam fidedignas e válidas*” (Silva, 2009: 59). Para esta investigação, selecionei as entrevistas semiestruturadas por acreditar ser o tipo de entrevista mais adequado no âmbito desta problemática. Assim, defini vários tópicos de perguntas, sendo que, simultaneamente, forneci ao entrevistado a possibilidade de alterar a ordem de questões, bem como de abordar temas paralelos e interdependentes que me permitiram elaborar outras questões no decorrer da situação da entrevista.

As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a 7 técnicas de apoio domiciliário da LPPS. Estas entrevistas subdividem-se em 5 grandes temas, nomeadamente⁸:

1. Relação com os cuidadores informais e familiares;
2. Relação com o idoso;
3. Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos;
4. Aprendizagem/formação;
5. Expectativas/papéis/frustrações.

No que concerne à relação que as cuidadoras formais têm com os cuidadores informais e familiares, procurei perceber se existe cooperação e/ou tensão nos cuidados prestados; se a atribuição de responsabilidades no que respeita ao cuidado é evidente; se o contexto é marcado por liberdade ou resistência; em que moldes, conhecimentos formais *versus* informais comunicam entre si; apropriação do espaço, ou seja, de que forma a cuidadora formal se adapta à habitação do idoso, isto é, do local em que trabalha. Quanto à relação entre cuidadora formal e idoso, foi meu intento conhecer a ligação que a técnica de apoio domiciliário desenvolve com o idoso a quem presta cuidados. No que respeita à avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos, procurei descortinar se a cuidadora formal acredita que as respostas se encontram ajustadas ou desajustadas perante as necessidades crescentes dos idosos.

⁸ Consultar anexo 8: “Guião de entrevista”.

Quanto à aprendizagem e formação, foi minha intenção perceber em que medida a formação realizada reproduziu impactos no cuidado prestado ao idoso. E, por fim, procurei conhecer as expectativas das cuidadoras formais quanto ao futuro, a satisfação ou insatisfação que sentem no trabalho, bem como as suas dificuldades e receios.⁹ Todas as entrevistas foram realizadas na LPPS, entre os dias 25 de maio e 1 de junho de 2016, sendo gravadas e posteriormente transcritas e analisadas em grelhas. Sendo as entrevistas totalmente anónimas identifiquei-as através de números ao longo do texto.

Para complementar a informação recolhida através das técnicas anteriormente mencionadas, recorri à observação direta que me permitiu conhecer a situação habitacional em que vivem os idosos evidenciados neste estudo. De acordo com Ghiglione (2005) *“a observação pode ser definida como um olhar sobre uma situação sem que esta seja modificada, olhar cuja intencionalidade é de natureza muito geral, actuando ao nível da escolha da situação e não ao nível do que deve ser observado na situação, e que tem por objectivo a recolha de dados sobre a mesma”* (Ghiglione, 2005: 7). A observação direta em contexto habitacional do idoso decorreu entre os dias 8 de fevereiro e 26 de fevereiro de 2016. A recolha da informação foi registada em diário de campo e posteriormente reproduzida em grelhas de observação, em que procurei registar a localização da habitação; o regime de ocupação da habitação; o número de divisões da habitação; as barreiras arquitetónicas e de acessibilidade existentes; as condições de conservação da habitação, higiene e limpeza; os equipamentos disponíveis; e os elementos de adaptação do espaço da casa.¹⁰ De salientar que, a par da utilização destas técnicas de recolha de informação, procedi à redação de notas de diário de campo que não se reduziram ao contexto de observação habitacional, mas também às várias conversas informais que desenvolvi com idoso e seus cuidadores.

3.3. A Liga Portuguesa de Profilaxia Social (LPPS)

Dada a importância crescente das IPSS's em Portugal, em que são sobretudo estas instituições que, com o apoio do Estado, conseguem responder às dificuldades e fragilidades daqueles que se encontram mais vulneráveis, a LPPS foi a instituição

⁹ Consultar anexo 9: “Transcrição e análise das entrevistas”.

¹⁰ Consultar anexo 10: “Grelhas de observação”.

selecionada no âmbito deste projeto de investigação, em que procurei, a partir desta, compreender o que se faz no nosso país, principalmente no que é dirigido aos idosos. Trata-se de uma instituição que procura atribuir resposta a múltiplos desafios da sociedade atual, prestando apoio não somente a idosos, mas atuando em áreas como a infância e juventude, e a formação profissional. Desde 1924 tem-se pautado por princípios que procuram sensibilizar, educar e atuar de um modo positivo nos problemas sociais identificados. No que concerne ao apoio que é realizado no âmbito da terceira idade existem 3 grandes projetos, nomeadamente: “*Rede do Cuidador*” que procura auxiliar o cuidador informal, tratando-se de um projeto solidário e, como tal, gratuito, enfatizando a importância do bem-estar que o cuidador informal deve sentir; o “*Integra e Ajuda na Cidade Amiga do Idoso*” que tem como principal intento estudar e diagnosticar as condições e qualidade de vida da população idosa residente no Porto, bem como a procura da melhoria das suas condições de vida; e o “*ADOMI*” que se desenrola no apoio domiciliário prestado ao idoso na sua habitação (LPPS, 2016).

3.3.1. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

O apoio domiciliário prestado por parte desta IPSS (ADOMI), trata-se de um projeto que “*oferece um conjunto de serviços com vista ao bem-estar de pessoas idosas e dependentes, bem como dos seus cuidadores informais. Passa pelo fornecimento de alimentação, higienização pessoal, do lar e das roupas, entre outros serviços*” (LPPS, 2016). Este serviço é desenvolvido por 9 profissionais que procuram atingir vários objetivos, tais como: Melhorar a qualidade de vida e de saúde da pessoa dependente e do seu agregado doméstico; Garantir cuidados físicos e de apoio psicológico e social; Auxiliar e promover a realização autónoma, sempre que possível, das tarefas básicas do dia-a-dia; Incentivar a consolidação e estreitamento das relações familiares e de pares; Colaborar e/ou assegurar o acesso aos cuidados de saúde; Evitar a institucionalização da pessoa dependente e consequente desenraizamento social; Prevenir situações agravadas de dependência e promover a autonomia (LPPS, 2016). No que respeita ao meio de transporte utilizado por parte das profissionais do Serviço de Apoio Domiciliário, as deslocações a casa do idoso são realizadas a pé ou de transportes públicos, à exceção das refeições que são efetuadas recorrendo a uma carrinha da instituição.

3.4. Desafios, limitações e estrutura de reflexão

Tal como acontece em várias investigações, os imprevistos e dificuldades que surgem obrigam-nos a repensar as formas de agir e de desenvolver o nosso trabalho. O tempo escasso, o fechamento e indisponibilidade institucional de várias IPSS's de apoio a idosos transformou-se numa problemática a superar. Perante estas contrariedades, redirecionei toda a minha pesquisa, que inicialmente estava prevista ser desenvolvida em várias instituições. Optei, assim, por me focar num estudo de caso, ao invés de uma análise extensiva. A parte empírica revelou-se, igualmente, num desafio. “*Quem sou eu?*” Esta foi, inequivocamente, a principal questão que me acompanhou durante todo este processo de recolha de informação e à qual procurei, de uma forma incessante, dar resposta. Trata-se de uma questão que percorre a experiência empírica de múltiplos investigadores da área das ciências sociais. E porquê? Talvez porque estudar pessoas, fazendo nós também parte dessa realidade social, torne o nosso trabalho mais complexo. O procurar não interferir ou fazê-lo de um modo impercetível requer empenho. Tal como sustenta Costa (2014) “*na interação social não se pode não comunicar (...) e, num quadro social qualquer, não se pode igualmente deixar de se estabelecer relações sociais. A questão não está, pois, em supostamente evitar a interferência, mas em tê-la em consideração, controlá-la e objectivá-la, tanto quanto isso for possível*” (Costa, 2014: 135). No âmbito deste projeto de investigação recolhi informações extremamente enriquecedoras junto dos idosos, dos seus familiares e/ou cuidadores informais, bem como das cuidadoras formais. Ouvir estes indivíduos, extrair deles conhecimento foi, sem dúvida, desafiante. Assim sendo, importa elencar as principais dificuldades e limitações com que me deparei em todo este processo, uma vez que “*the field of inquiry of social science, society and human beings in that society, presents some unique ethical concerns*” (Schutt, 1996: 56). Um dos maiores obstáculos prendeu-se com os dilemas éticos subjacentes, que me obrigaram a ler e reler o Código Deontológico e o modo como o Sociólogo deve agir em determinadas situações. A primeira visita domiciliária que fiz, juntamente com a profissional dos serviços de apoio domiciliário, revelou-se um enorme desafio. Num momento precedente à entrada na habitação do idoso e, tal como sucedeu em todas as visitas domiciliárias, a técnica advertiu-me para determinadas precauções que deveria seguir e que postura adotar. Neste caso particular,

tratava-se de uma idosa que apresentava um quadro clínico marcado por Alzheimer e Esquizofrenia, cujos momentos de lucidez se patenteavam raros e de curta duração. No momento em que contactei com a idosa, esta perspectivava em mim duas pessoas diferentes, e, seguindo o conselho que me foi transmitido por parte da técnica, não pude desmentir aquilo que me era dito, porque o dizer a verdade naquela situação não era possível. E para além disso, todo o diálogo que estabeleci com a idosa foi baseado no “mundo em que ela se encontrava”, em que o “resgatá-la para o meu mundo” seria impensável. Pediu-me para cobrir a moldura do seu marido, que nas suas palavras confusas afinal tratava-se do filho, e eu assim o fiz. Reclamou comigo quando me disse que cobri o marido de uma forma que não o permitia que respirasse, pedi-lhe desculpa, repeti a tarefa que me pediu e agradeceu-me. No fim, agarrou-me com força e encheu-me de beijos, agradecendo-me mais uma vez. Uma outra situação prendeu-se com a questão do género que também não deve ser descurada, uma vez que produzem-se *“efeitos diferentes, consoante os contextos, características como a idade ou o sexo do investigador”* (Costa, 2014: 145). Se por um lado, determinados idosos homens se sentiam à vontade com a minha presença durante o seu processo de higienização, por outro lado outros pediram-me que saísse, o que inviabilizou muitas das conversas que gostaria de ter desenvolvido. Quando estas situações ocorriam, optei por regressar num outro dia, de modo a conseguir conhecer o inquirido e explicar-lhe o meu estudo, antes de lhe aplicar perguntas no âmbito do inquérito. Neste seguimento Costa (2014) advoga acerca do silêncio observador que interfere, em certa medida, na atividade que está a ocorrer.

Um outro obstáculo encontra-se relacionado com o experimentar e vivenciar os sentimentos das técnicas de apoio domiciliário, assim como dos cuidadores informais e/ou familiares. Nos momentos em que acompanhei as cuidadoras formais durante as visitas domiciliárias senti o seu cansaço, devido ao facto dos percursos a casa dos idosos serem realizados a pé ou de transportes públicos, independentemente das condições climáticas, mas também o desgaste emocional e todo o stress inerente a esta profissão. Assim que chegávamos a casa do idoso e a ritmo apressado já nos estávamos a despedir e a dirigirmo-nos a uma outra habitação. Assisti ao sentimento de culpa que estas cuidadoras formais transportavam consigo, porque apesar de saberem que o seu dia-a-dia é marcado pela correria, a não compreensão do escasso tempo que têm, por parte

dos idosos, afeta-as profundamente. Diziam-me: “*os idosos não compreendem, sentem que não os queremos ouvir... nós queremos mas não temos tempo e não é fácil bater com a porta e sair querendo ficar*” [Nota de diário de campo, dia 8 de fevereiro]. As conversas informais com estas técnicas foram múltiplas e muito mais completas do que as que consegui obter com o gravador ligado, ou seja, em situação de entrevista. A minha presença permitia-lhes demonstrar um pouco do trabalho que exercem e que, tantas vezes, lamentaram não ser devidamente valorizado. As informações e advertências que me transmitiam relativamente a cada idoso também foi de extrema importância, sendo que toda essa informação que me era transmitida, por parte destas informantes privilegiadas, não foi absorvida por mim enquanto verdade inequívoca. Isto é, “*embora a informação assim obtida, indirectamente, não se possa dispensar, é necessário ter permanentemente em conta que são sempre depoimentos elaborados através dos sistemas de representações próprios do contexto social local e do lugar social específico dos indivíduos em causa*” (Costa, 2014: 139). Ou seja, estas instruções permitiram-me saber como reagir perante determinadas situações, mas simultaneamente não alteraram a forma como encarei certos momentos, uma vez que as informações que me eram transmitidas não foram encaradas por mim enquanto estanques e intransponíveis.

Os contactos e as conversas não foram estabelecidos somente com as cuidadoras formais e idosos, mas também com a família e/ou cuidadores informais destes idosos, que também eles precisam de ser escutados e compreendidos. Muitos confessaram-me que a esperança da cura que tinham, daquele seu familiar que se encontra acamado há anos, já se tinha perdido. Diziam-me que se guiam diariamente pelo esforço em proporcionarem ao seu ente querido o melhor fim de vida possível. Todos estes atores sociais (idosos e cuidadores formais e informais) comoveram-me vezes sem conta. Que papel deveria adotar nos momentos mais difíceis? O que dizer quando me confessavam certas realidades extenuantes? Colocou-se novamente a questão da interferência, sendo que a mesma acaba por ser incontornável, uma vez que “*falar com as pessoas, fazer perguntas (...) é algo que interfere*” (Costa, 2014: 134-135). Nestas situações, optei por escutar, porque era o que eles precisavam, de alguém que simplesmente os ouvisse.

Uma outra dificuldade ocorreu durante a aplicação do inquérito por questionário aos idosos. Múltiplas vezes o assunto era desviado, devido à necessidade que estes

indivíduos têm em conversar, o que fez aumentar, em grande escala, o tempo de duração do inquérito. Por vezes, solicitei que os idosos mergulhassem de novo comigo nas questões que tinha preparado para eles. A utilização de cartões com o conjunto de respostas que os inquiridos poderiam selecionar, revelou-se um grande auxílio que me permitiu não ter de repetir as opções de resposta. Sendo que, alguns dos idosos que conseguiam responder às questões que lhes coloquei, eram portadores de graves problemas de visão que lhes impediam de ler. O meu tom de voz também sofreu alterações. Para me fazer ouvir tinha de falar bastante mais alto do que o habitual. Uma situação marcante para mim ocorreu quando alguns idosos pediam, incessantemente, para morrer, para os deixarmos morrer. “*Deixai-me morrer*” incoou no meus ouvidos vezes sem conta. Em entrevista às profissionais dos serviços de apoio domiciliário surgiram contratempos inesperados, tais como a enorme emoção que algumas delas sentiram ao relatarem certos momentos vivenciados com os idosos. Numa situação particular, interrompi a entrevista por largos minutos de modo a que a entrevistada se recompusesse e se sentisse preparada para continuar, dada o abalo que as suas palavras lhe proporcionaram.

Produzir este trabalho também me conduziu a ingressar numa Sociologia que explora os quotidianos e as vidas dos indivíduos, o que me permitiu perceber a real importância dos contextos e a multiplicidade de faces da verdade enquanto experiência vivida por parte dos atores sociais. Entrar na vida das pessoas e na intimidade do seu lar fez-me perceber, sob um olhar científico, que não existem verdades absolutas e que cada situação, cada idoso e cada cuidador apresenta necessidades específicas. Importa, também, sublinhar a questão do agradecimento. Sempre que me despedia agradecia todo o contributo fundamental que me foi oferecido, por parte de todos estes atores sociais envolventes, para poder realizar e prosseguir com a minha investigação, mas se eu agradeci pelo menos 13 vezes, recebi de retorno muito mais. A minha presença, as perguntas que lhes colocava, o querer saber sobre eles e sobre o seu quotidiano, transformou-se numa espécie de dádiva, devido à extrema solidão que muitos destes idosos atravessam. O adeus não foi fácil, muitas vezes, suplicaram-me para não ir embora. Para alguns o adeus foi para sempre, sem me ter sido dada a possibilidade de me despedir, para os que ainda aqui estão foi um até já. Pediram-me para voltar. E voltarei, com certeza!

Capítulo 4 – Viver para e no envelhecimento dependente: abordagem empírica

4.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos

O processo de caracterização da amostra revela-se de extrema importância, uma vez que nos permite conhecer os indivíduos alvo de estudo. Nesta investigação, em que apliquei um inquérito por questionário a um total de 13 idosos, 7 são sexo feminino e 6 do sexo masculino, tal como ilustrado na tabela seguinte.

Tabela 11 – Sexo dos inquiridos

Sexo		
	N	%
Feminino	7	53,8%
Masculino	6	46,2%
TOTAL	13	100%

Neste seguimento, relativamente à idade destes indivíduos, todos encontram-se com mais de 65 anos, sendo de realçar que 46,2% têm mais de 85 anos, como enuncia a tabela 12.

Tabela 12 – Idade dos inquiridos

Idade		
	N	%
65-85 anos	7	53,8%
+ 85 anos	6	46,2%
TOTAL	13	100%

Quanto ao estado civil, e tratando-se de uma variável da máxima importância, uma vez que nos permite perceber a estrutura familiar dos inquiridos, é possível observar na tabela 13, que os indivíduos são maioritariamente casados (53,8%), seguindo-se da situação de viúvo (38,5%), e apenas 1 dos inquiridos, ou seja, 7,7% se encontra solteiro.

Tabela 13 – Estado civil dos inquiridos

Estado civil		
	N	%
Casado/a	7	53,8%
Solteiro/a	1	7,7%
Viúvo/a	5	38,5%
Separado/a	-	-
Divorciado/a	-	-
União de facto	-	-
TOTAL	13	100%

No que respeita à nacionalidade, e aliada ao grupo etário em que estes indivíduos se encontram inseridos, foi meu intento verificar se estávamos perante indivíduos todos eles portugueses ou se também existiam inquiridos cuja nacionalidade fosse proveniente dos países africanos das ex-colónias. Constatei que dos 13 indivíduos, todos eles são portugueses.¹¹ De acrescentar, ainda, que no que concerne ao concelho de naturalidade, todos são do distrito do Porto.¹² As habilitações literárias também foram alvo de análise, tal como ilustra a tabela seguinte.

Tabela 16 – Habilitações literárias dos inquiridos

Habilitações literárias		
	N	%
Não sabe ler nem escrever	1	7,7%
Sabe ler e escrever, sem grau de ensino	-	-
Ensino básico (1º ciclo)	8	61,5%
Ensino básico (2º ciclo)	2	15,4%
Ensino básico (3º ciclo)	-	-
Ensino secundário (12ºano ou equivalente)	1	7,7
Ensino médio/bacharelato	-	-
Licenciatura	-	-
Pós-graduação/curso de especialização	-	-
Mestrado	-	-
Doutoramento	-	-
Pós-Doutoramento	-	-
Outro	-	-
Sem resposta	1	7,7%
TOTAL	13	100%

¹¹ Consultar anexo 11: “Tabela 14 – Nacionalidade dos inquiridos”.

¹² Consultar anexo 12: “Tabela 15 – Concelho de naturalidade dos inquiridos”.

Assim, na tabela 16 procurando apreender se estávamos perante uma população altamente desqualificada ou não, seguindo a tendência, a maior parte destes indivíduos possui níveis de literacia baixos, em que apenas 1 indivíduo (7,7%) concluiu o ensino secundário. De acrescentar, que nas várias conversas informais que obtive com estes indivíduos, muitos deles lamentam não lhes ter sido dada a possibilidade de prosseguirem estudos, confessando mesmo que gostariam de ter recebido as oportunidades que hoje existem.

No que concerne à condição perante o trabalho, a grande maioria dos indivíduos encontra-se reformado (92,3%), cujas profissões anteriores à situação de aposentação se pautaram por empregos desqualificados em consequência dos baixos níveis de escolarização.¹³

Tabela 17 – Condição perante o trabalho dos inquiridos

Condição perante o trabalho		
	N	%
Exerce profissão a tempo inteiro	-	-
Exerce profissão a tempo parcial	-	-
Desempregado/a	-	-
Estudante a tempo inteiro	-	-
Estudante trabalhador	-	-
Formando/a	-	-
Frequenta um estágio	-	-
Executante das tarefas do lar	1	7,7%
Reformado/a	12	92,3%
Incapacitado para o trabalho	-	-
Outra situação	-	-
TOTAL	13	100%

Perante estes factos, importava conhecer as fontes de rendimento destes idosos, bem como o nível do seu rendimento mensal. Assim, foi possível constatar e, tal como era previsível, que é a pensão de reforma ou aposentação que representa a maior fonte de rendimento destes indivíduos, completamente explicada em consequência do acentuar da idade destes indivíduos, seguindo-se do complemento por dependência, tal como ilustra a tabela 19.

¹³ Consultar anexo 13: “Tabela 18 – Profissão dos inquiridos”.

Tabela 19 – Fontes de rendimentos dos inquiridos

Fontes de rendimento						
	Sim		Não Selecionado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Remuneração de trabalho	-	-	13	100%	13	100%
Pensão de reforma ou aposentação	10	76,9%	3	23,1%	13	100%
Pensão de invalidez	2	15,4%	11	84,6%	13	100%
Pensão de viuvez	-	-	13	100%	13	100%
Pensão de sobrevivência	-	-	13	100%	13	100%
Pensão social	1	7,7%	12	92,3%	13	100%
Complemento por dependência	4	30,8%	9	69,2%	13	100%
Dinheiro dado por familiares	-	-	13	100%	13	100%
Sem rendimentos	-	-	13	100%	13	100%
Outra	1	7,7%	12	92,3%	13	100%

Quanto ao rendimento mensal, é possível visualizar na tabela 20 uma disparidade, talvez explicada pelo reduzido número de inquiridos que não nos permite estabelecer conclusões muito minuciosas e expansivas. Ainda assim, importa estabelecer uma análise rigorosa, em que é possível perceber que nenhum dos inquiridos auferia um rendimento superior a 1500 euros, mas encontramos situações em que 1 dos indivíduos sobrevive com menos de 250 euros mensais, sendo que grande parte destes inquiridos, ou seja, 38,4% possui um rendimento mensal entre os 400 e os 500 euros (no limiar do salário mínimo), seguindo-se o intervalo entre os 1000 a 1500 euros. De referir, também, que 3 indivíduos (23,1%) encontram-se perante um rendimento entre os 500 a 750 euros.

Tabela 20 – Rendimento mensal dos inquiridos

Rendimento mensal		
	N	%
Menos de 250 €	1	7,7%
250 a 300 €	-	-
300 a 400 €	-	-
400 a 500 €	5	38,4%
500 a 750 €	3	23,1%
750 a 1000 €	-	-
1000 a 1500 €	4	30,8%
Mais de 1500 €	-	-
TOTAL	13	100%

4.2. Sentir a dependência e lutar contra ela – O papel dos cuidadores formais e informais

Na presente investigação foi meu principal intento medir a dependência dos idosos, bem como perceber de que forma cuidados formais e informais se combinam para dar resposta às necessidades destes indivíduos. Uma vez que, e, tal como sustenta Ferreira (2015), *“viver mais significa também estar mais exposto a doenças crônicas não transmissíveis, assim como a um declínio das redes pessoais e sociais. As condições sociais afetam, evidentemente, o estado de saúde individual em qualquer fase do curso de vida, mas o risco de desenvolver doenças aumenta consideravelmente com a idade. À medida que esta aumenta, um crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e dependerá cada vez mais dos outros, bem como dos apoios sociais e familiares”* (Ferreira, 2015: 185). Assim sendo, de modo a puder retratar o nível de dependência vivenciado por parte destes indivíduos, coloquei-lhes questões relativas à dificuldade que têm para realizar determinadas AVD/ABVD, tais como: deitar-se e/ou levantar-se da cama; lavar o rosto e as mãos; tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche; vestir-se ou despir-se, incluindo calçar sapatos e calçar meias; ir à casa de banho para usar a sanita; comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos; tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas; deslocar-se dentro de casa; subir e descer escadas; sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido; fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras; fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa; e tratar da papelada e/ou pagar as contas. Esta panóplia diversa de AVD/ABVD revela-se necessária porque *“não existe apenas um único grau de dependência, este poderá variar conforme a pessoa necessite de pouco, muito ou todo o apoio de outrem para os vários tipos de actividades da vida diária”* (Carta Social, 2009: 8). Como opções de resposta os inquiridos tinham ao seu dispor as seguintes: consigo fazer sozinho/a sem dificuldade; consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade; só consigo fazer com a ajuda de alguém; não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém. Em praticamente todas as AVD/ABVD, os indivíduos responderam que só conseguem fazer com a ajuda de alguém ou não conseguem fazer mesmo com a ajuda de alguém. As AVD/ABVD

que fogem à regra são: “*comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos*”, em que 38,5% dos inquiridos afirma conseguir comer sozinho e sem dificuldade, todavia se juntarmos as opções só consigo fazer com a ajuda de alguém ou não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém a percentagem sobe para os 46,2%; e a “*subir e descer escadas*” em que apesar de 69,2% não conseguir fazer mesmo com a ajuda de alguém, 15,4% diz que consegue fazer sozinho sendo que tem dificuldade.¹⁴ Posto isto, é possível constatar que estamos perante indivíduos com um grau de dependência elevado. E a questão, perante isto, coloca-se: estes indivíduos recebem o auxílio que efetivamente precisam para realizar as suas tarefas da vida diária? Somente na tarefa “*comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos*” é que a maioria dos indivíduos, ou seja, 53,8% afirmou não receber ajuda, sendo a diferença pouco expressiva. Em todas as restantes AVD/ABVD a maior parte dos inquiridos confessou auferir ajuda. De salientar as AVD/ABVD “*tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche*” e “*tratar da papelada e/ou pagar as contas*” em que todos os indivíduos questionados expressaram que recebem ajuda.¹⁵

A elevada dependência destes idosos e a carência de ajuda também foi registada nas várias visitas que realizei às habitações destes indivíduos, em que para além do que me foi respondido em inquérito, em múltiplas conversas informais era perceptível o sentimento de tristeza perante a sua condição física.

«*Ai que eu era como a menina. Toda jeitosa como a menina e agora estou assim... Já viu? Estou assim...*» [Nota de diário de campo, dia 8 de fevereiro de 2016].

«*Sinto-me triste. Estou preso a esta cama... A televisão está ligada mas eu não gosto, adorava ler mas estou quase cego*» [Nota de diário de campo, dia 8 de fevereiro de 2016].

«*Um dia chateei-me com a minha mulher e disse-lhe: eu visto-me sozinho, eu cozinho, eu faço tudo sozinho... mas a verdade é que não consegui*» [Nota de diário de campo, dia 10 de fevereiro de 2016].

Foi, também, analisada a prevalência de problemas de bexiga e de incontinência intestinal que poderão ser fortes aliados da própria dependência. Quando questionados relativamente a isto, a maioria dos indivíduos admite sofrer de problemas de bexiga

¹⁴ Consultar anexo 14: “Tabela 21 – Necessidade de ajuda para realização das AVD/ABVD”.

¹⁵ Consultar anexo 15: “Tabela 22 – Ajuda recebida nas AVD/ABVD”.

(76,9%). No que concerne à incontinência intestinal, 61,5% dos idosos afirma não sentir este problema.

Tabela 23 – Problemas de bexiga e incontinência intestinal dos inquiridos

Problemas de bexiga		
	N	%
Sim	10	76,9%
Não	3	23,1%
TOTAL	13	100%
Incontinência intestinal		
	N	%
Sim	5	38,5%
Não	8	61,5%
TOTAL	13	100%

Perante a evidente necessidade de ajuda que estes idosos requerem para realizar determinadas AVD/ABVD procurei conhecer quem são os indivíduos que auxiliam e representam um forte suporte para estes idosos. Assim sendo, se num primeiro momento foi perguntado aos inquiridos se estes recebem ajuda, num segundo momento foi-lhes pedido que respondessem a questões relativas aos indivíduos que prestam esses cuidados. Quanto à AVD/ABVD “*deitar-se e/ou levantar-se da cama*” e, no que concerne ao apoio informal, os inquiridos confessaram que foi o marido/esposa/companheiro/companheira que mais ajuda prestou seguindo-se da filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) com uma percentagem de 30,8% e 23,1% respetivamente. Relativamente ao suporte formal, a maioria dos idosos (69,2%), respondeu que foram sobretudo as profissionais dos serviços de apoio domiciliário que os acompanharam a realizar esta tarefa. No que concerne ao “*lavar o rosto e as mãos*”, mais uma vez o marido/esposa/companheiro/companheira, assim como a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) surgem em destaque, ambos com uma percentagem de respostas de 23,1%. No âmbito da ajuda formal, as profissionais dos serviços de apoio domiciliário ajudaram todos os idosos que necessitam de ajuda para lavar o rosto e as mãos (84,6%). Para “*tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche*” foram, mais uma vez, os cuidadores informais marido/esposa/companheiro/companheira e a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) que mais apoiaram o idoso, com 23,1% e 15,4% respetivamente. As profissionais

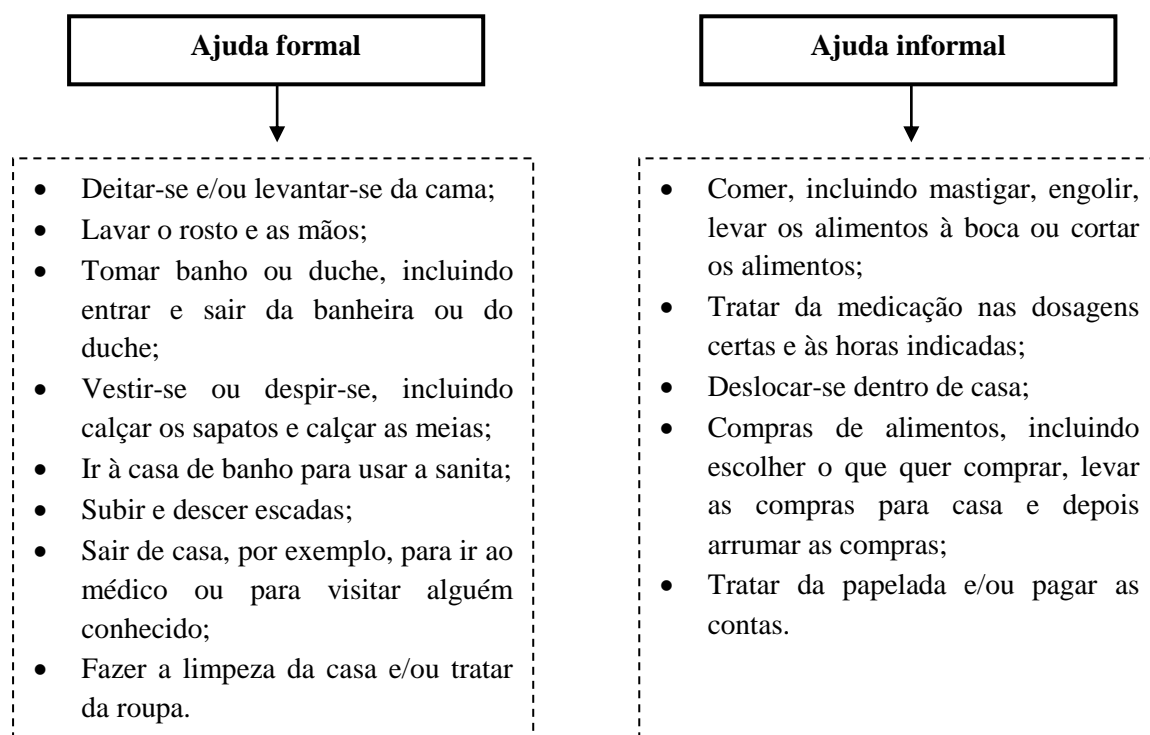
do serviço de apoio domiciliário auxiliaram todos os idosos (100%) que necessitam de ajuda para realizar esta AVD/ABVD. No âmbito da ajuda para *“vestir-se ou despir-se, incluindo calçar os sapatos e calçar as meias”* foi sublinhada a ajuda imprescindível do marido/esposa/companheiro/companheira e da filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora), ambos com 30,8% de respostas. A profissional dos serviços de apoio domiciliário surge, uma vez mais, de modo destacado na ajuda formal, com 92,3% dos idosos (ou seja, todos os que precisam desta ajuda) a responderem que recebem apoio por parte desta entidade. No que respeita *“ir à casa de banho para usar a sanita”* os cuidadores informais marido/esposa/companheiro/companheira e a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) continuam a ocupar o pódio da ajuda informal (15,4% e 23,1%) e, quanto ao apoio formal, são novamente as profissionais de apoio domiciliário que surgem (38,5%). Para *“comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos”* quando questionados sobre quem os ajuda nesta tarefa, a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) surge com notoriedade (38,5%) seguindo-se do marido/esposa/companheiro/companheira e do irmão/irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas) ambos com 15,4% das respostas afirmativas. No apoio formal, a profissional dos serviços de apoio domiciliário é a única que surge, com 15,4% de respostas que confirmam receber estes cuidados. No âmbito da ajuda para *“tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas”* ao nível informal foi a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) que mais ajuda prestou (30,8% a dizer que recebe este auxílio), seguindo-se do marido/esposa/companheiro/companheira (23,1%) e do irmão/irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas) com 23,1% das repostas. A profissional dos serviços de apoio domiciliário continua a ser a ajuda formal que mais auxílio presta, com 15,4% dos inquiridos a assegurarem que recebem esta ajuda. Para *“deslocar-se dentro de casa”* 38,5% dos inquiridos afirma receber a ajuda da filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora), seguindo-se do marido/esposa/companheiro/companheira (23,1%). Quanto ao cuidado formal, 30,8% dos idosos afirma receber ajuda por parte das profissionais de apoio domiciliário e 7,7% da mulher-a-dias/empregada doméstica. Nos casos em que o idoso necessita de ajuda para *“subir e descer escadas”* é sobretudo o filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro) e a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) que mais ajuda oferecem,

ambos com percentagens de resposta de 7,7%. No apoio formal, uma equipa do centro de saúde/enfermeiro de uma empresa privada/ou profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio (23,1%) substituem a profissional de apoio domiciliário que, neste caso, não aparece em destaque, aliás nenhum dos inquiridos referiu receber esta ajuda. Quando o idoso necessita “*sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido*”, 23,1% dos inquiridos respondeu que é o marido/esposa/companheiro/companheira que os ajudam, bem como a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora), também com uma percentagem de 23,1%. No apoio formal, as únicas entidades que registaram respostas afirmativas, ou seja, a que os idosos afirmam receber ajuda, foram “uma equipa do centro de saúde/enfermeiro de uma empresa privada/ou profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio” (53,8%) e o terapeuta ocupacional/fisioterapeuta (7,7%). Relativamente à “*compra de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras*”, 46,2% dos idosos confessou receber ajuda por parte do marido/esposa/companheiro/companheira, da filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) com 30,8% e, de um modo mais residual, do irmão/irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas) com 7,7%, bem como sobrinho/sobrinha (7,7%) e, por fim, do amigo/a (7,7%). A mulher-a-dias/empregada doméstica é a entidade formal que mais auxílio presta na compra de alimentos (30,8%). Quanto à ajuda para “*fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa*” o marido/esposa/companheiro/companheira e a filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) predominam, ambos com 30,8% das respostas afirmativas. A mulher-a-dias/empregada doméstica surge, uma vez mais, como quem mais ajuda, ao nível formal (46,2%). Para “*tratar da papelada e/ou pagar contas*” o apoio informal é preponderante, com 46,2% dos inquiridos a afirmarem que recebem ajuda por parte da filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora), sucedendo-se o marido/esposa/companheiro/companheira (23,1%). A mulher-a-dias/empregada doméstica também apoiou com 15,4% de respostas.¹⁶ Todos estes dados levam-nos a concluir duas grandes evidências. Em primeiro lugar, existe uma clara predominância por parte do apoio informal ou formal em determinadas tarefas, salvo em algumas com uma diferença pouco expressiva, e em segundo lugar existe uma diferença de género.

¹⁶ Consultar anexo 16: “Tabela 24 – Ajuda informal versus formal”.

No que respeita à primeira, e tal como ilustrado na figura 3, são sobretudo os cuidadores formais que ajudam o idoso a “*deitar-se e/ou levantar-se da cama*”; “*lavar o rosto e as mãos*”; “*tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche*”; “*vestir-se ou despir-se, incluindo calçar os sapatos e calçar as meias*”; “*ir à casa de banho para usar a sanita*”; “*subir e descer escadas*”; “*sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido*”; “*fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa*”. Ou seja, a ajuda formal é oferecida principalmente nas AVD/ABVD mais direcionadas à higiene pessoal e à ajuda para o indivíduo se deslocar. Por sua vez, nas restantes AVD/ABVD são sobretudo os cuidadores informais que ajudam o idoso. Autores como Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) acrescentam que não sendo os cuidados formais e informais substitutos um do outro e, apesar dos formais suprirem algumas tarefas assumidas pelos cuidadores informais, a destrição assenta, muitas vezes, em fatores objetivos e subjetivos, que ora são assumidos por uns ora por outros.

Figura 3 – Ajuda formal versus informal



Porém, apesar da notória separação de tarefas entre cuidadores formais e informais, também existe uma ligação entre estes cuidadores, nomeadamente é visível a

interferência no trabalho um do outro, algo possível de constatar nas várias visitas domiciliárias que realizei. Assim, em entrevista procurei perceber, sob o ponto de vista do cuidador formal, se esta interferência existe e em que moldes se encontra a relação entre profissional dos serviços de apoio domiciliário e cuidadores informais e/ou familiares. Grande parte das técnicas entrevistadas afirmou possuir uma boa relação com o cuidador informal do idoso, sendo que algumas delas explicam que esta relação nem sempre é fácil de gerir, acrescentando que a interferência do cuidador informal é enorme e isso, por vezes, gera momentos de tensão.

«É normal... adaptando caso a caso porque as famílias são todas diferentes e nós temos de nos adaptar a elas. Na minha perspetiva é pacífica» [E7].

«Por exemplo no caso de um utente que temos, a senhora que cuida dele às vezes vai lá bater-me à porta a perguntar se preciso de ajuda, mas eu não aceito, porque eu não preciso... e também não convém muito, sabes? Porque são pessoas que são diferentes» [E1].

«É complicado... com os idosos é fácil. O mais problemático é a família. Primeiro porque não sabem... eles cuidam do idoso, mas a maneira deles cuidar é diferente, e às vezes dizer-lhes que o idoso precisa de determinada coisa eles não aceitam, faz-lhes imensa confusão. Porque como tiveram algum tempo eles a cuidar, eles pensam que como cuidam é que é a correta» [E4].

«Explico que não é assim que se processa, que nós temos a nossa maneira de trabalhar e que por muito que queiram as coisas não podem ser como eles querem. Nós é que temos a perceção do que o utente precisa e do que não precisa, nós é que temos o conhecimento. Pronto... claro que não vamos proibir o familiar de estar lá, mas claro que tentamos contornar um bocadinho a situação. Eu acho que eles podem interferir, mas dar palpites que não estão corretos é que acho que não». [E2]

Neste seguimento, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) referem a constituição do triângulo comunicacional que se estabelece entre idoso, a sua família e a rede social e os serviços formais, em que entram em palco atores diferentes com características, objetivos e formas de estar e agir específicas. Acrescentam, por isso, que “*alcançar a parceria não é uma finalidade simples, pois exige delimitação de competências, o que é complexificado por ambos (profissionais e familiares) reclamarem saber mais sobre as necessidades do idoso*” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004: 107-108).

Dada esta, quase inevitável comunicação e interferência, procurei constatar se as profissionais dos serviços de apoio domiciliário acreditam que o seu trabalho é valorizado por parte dos cuidadores informais e/ou familiares do idoso. A maioria afirma sentir uma elevada valorização do trabalho que desenvolve, sendo que 2 das

entrevistadas responderam que os familiares não só não as valorizam como não valorizam os idosos.

«Eu acho que eles têm uma boa perspetiva, se não tiverem só se disserem aos meus superiores, porque a nós às vezes não dizem, não é? Mas sempre me receberam bem, por isso a perspetiva será boa» [E2].

«Eles só têm a dizer bem, acho eu. Por aquilo que me parece... só se for alguém que não me diga» [E1].

«Eles acham, alguns acham, que nós temos obrigação de fazer tudo e mais alguma coisa, e não se interessam nada pelos idosos, nada mesmo, a maior parte não, quer seja filhos, netos... alguns casos nós vestimos todo bem vestido o idoso porque o filho vai lá, mas acha que vai? Não vai, nem aparece... e ficam ali horas e horas à espera, a realidade é esta. E em 10, 2 ou 3 interessam-se, o resto não» [E3].

Neste seguimento, procurei perceber se estas profissionais sentem que o seu trabalho é valorizado por parte dos idosos a quem prestam cuidados. Segundo todas as entrevistadas, os idosos enaltecem com profunda gratidão o trabalho que é desenvolvido por parte destas cuidadoras.

«Da maneira que eles falam, da maneira que falam comigo, tal como vii quando foi comigo fazer as visitas, eu acho que eles gostam do meu trabalho. Viu aquela senhora que visitamos que só me diz «obrigada, obrigada...», por isso eu acho que eles gostam de mim e do meu trabalho. Até me dizem: «oh meu anjo», eu acho que isso é do fundo deles, porque eles não são impostores, não estão a mentir. Por aquilo que eu vejo no dia-a-dia, como eles me respondem, da maneira que me falam, acho que têm uma gratidão para comigo e um carinho especial por mim e eu por eles» [E1].

«Sem problemas... Há uma senhora que é muito engraçada, que está sempre a pedir desculpa, fica aflita que vamos sujar o avental, que não vamos conseguir que está muito pesada, coitadinha está sempre a pedir desculpa. Quando está cheia de cocó diz-me: «ai que você acabou de almoçar» e eu digo-lhe «olhe que eu posso vomitar que a seguir vou comer outra vez, não se preocupe». Ou seja, nota-se que se importam connosco e que nos valorizam» [E4].

Com o objetivo específico de aprofundar de forma minuciosa estes dados, coloquei questões às profissionais dos serviços de apoio domiciliário relativas ao tipo de cuidados que exercem ao idoso. Desta forma, e a par do que foi revelado por parte dos idosos em inquérito por questionário, também em entrevista as técnicas reforçaram a ideia que é sobretudo higiene pessoal que prestam ao idoso, até porque o tempo que têm ao seu dispor é reduzido. Todavia, algumas entrevistadas não negaram o acionamento

de outros papéis em consequência dos tipos de cuidados, que vão para além da higiene, que por vezes, exercem, nomeadamente o acionamento do afeto e da amizade.

«Em geral é a higiene pessoal mas também a parte emocional. Alguns só nos têm a nós. Há situações em que a família nem «bom dia» dá aos idosos. Há um grande desligamento emocional com os idosos. E o que nós trazemos do exterior, a nossa alegria, acaba por suprir uma falta que os idosos têm, que mais ninguém lhes faz, nem sequer a família. Há pessoas que vivem com a família mas é a mesma coisa que se vivessem sozinhas. No outro dia uma senhora já me disse que se não fossemos nós que morria muda» [E5].

«[...] Vai mais para além da simples higiene. E não é preciso um obrigada, mas um sorriso faz-me bem, aquele olhar que a gente não está habituada e sente aquele olhar deles, eu acho que acaba por ser um agradecimento deles porque percebem que dou muito de mim a eles» [E1].

«Olhe eu aqui presto higiene pessoal, medicação... muitas vezes temos de trabalhar em conjunto com as enfermeiras do centro de saúde e temos de ajudar, para tirar os pensos sujos e isso. Nós também temos bases para isso. Alguns damos o pequeno-almoço. Vamos também até à sala falar de novelas e do que eles gostam de falar... Isto os mais independentes, os acamados temos de lhes fazer tudo na cama. E o nosso trabalho não é só físico, conversamos muito com eles... Então nós temos agora uma que cismou que a querem levar para os Estados Unidos por causa disto dos refugiados, e está sempre a pedir-me para não a deixar ir» [E3].

Em segundo lugar, no que concerne à diferença de género, principalmente no cuidado informal, é visível a ajuda da filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora) que surge frequentemente com relevo. Aliás, também em situação de entrevista às profissionais do serviço de apoio domiciliário, a relação por vezes complicada que existe entre o trabalho que realizam e o papel dos cuidadores informais, também faz sobressair o género, nomeadamente as filhas do idoso.

«Alguns não querem que a gente os lave assim, outros assado... e os idosos com filhas é mais complicado, aí se é...» [E3].

Esta constatação vai de encontro ao que muitos teóricos denominam de feminização do cuidado. Para aprofundar mais esta evidência, foi perguntado ao idoso qual o género dos cuidadores informais cuja opção de resposta não permitia perceber se eram do sexo feminino ou masculino. Assim, no que respeita ao neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas); irmão/irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas); sobrinho/sobrinha; outro familiar e amigo/amiga, e, tal como ilustrado na tabela 25, existe um predomínio, uma vez mais, das mulheres nos cuidados informais prestados ao idoso.

Tabela 25 – Género dos cuidadores informais do idoso

Género dos cuidadores informais				
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Neto/Neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	33,3%	2	66,7%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	5	100%	-	-
Sobrinho/Sobrinha	1	100%	-	-
Outro familiar	1	100%	-	-
Amigo/Amiga	1	33,3%	2	66,7%

Em situação de entrevista às profissionais dos serviços de apoio domiciliário da LPPS, também foi possível verificar esta evidência de género, uma vez que todas as técnicas de apoio ao idoso são do sexo feminino. Assim, *“o papel de cuidador, apesar de ser cada vez mais exercido por elementos de ambos os sexos, é ainda na tradição social e familiar uma tarefa de mulheres”* (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004: 152). Todavia, apesar destas constatações importa não descuidar o papel importante que existe por parte dos indivíduos do sexo masculino, principalmente os maridos de idosas que se encontram em situação de dependência, tal como Óscar Ribeiro evidencia. Segundo o autor, *“tradicionalmente caracterizado como um grupo que assume um leque muito reduzido de tarefas, os homens cuidadores têm sido relacionados e circunscritos ao desempenho de lides instrumentais de foro doméstico [...] No entanto, alguns estudos têm vindo a enfatizar o envolvimento dos homens cuidadores num espectro mais alargado de tarefas, apresentando-os como mais envolvidos nos de apoio emocional e de índole mais íntima”* (Ribeiro, 2005: 234). Aliás, nas várias visitas domiciliárias que realizei escutei relatos que sustentam essa perspetiva.

«O meu marido é o meu grande companheiro. Tanto me diziam para não casar com ele porque tinha todos os defeitos e mais algum e olhe menina estavam enganados» [registo de diário de campo, 10 de fevereiro de 2016].

«Quem cozinha é o meu marido, e que bem que ele cozinha... então arroz com bacalhau, ui» [registo de diário de campo, 10 de fevereiro de 2016].

A residência dos cuidadores informais na habitação do idoso também foi alvo de análise, devido ao forte princípio familista que subsiste no nosso país. No que respeita ao marido/esposa/companheiro/companheira, este familiar coabita na mesma habitação do idoso. Quanto ao filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro); ao

sobrinho/sobrinha e ao amigo/amiga estes não vivem com o idoso. A filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora), 2 dos idosos comunicaram que esta vive com eles e 1 idoso afirmou que não. E, por fim, o neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas), enunciado por parte de 1 dos inquiridos, coabita com o idoso.

Tabela 26 – Os cuidadores informais do idoso vivem com ele?

Os cuidadores informais do idoso vivem com ele?				
	Vive com o idoso		Não vive com o idoso	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	6	100%	-	-
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	-	-	2	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	2	66,7%	1	33,3%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	100%	-	-
Sobrinho/sobrina	-	-	1	100%
Amigo/amiga	-	-	1	100%

No que respeita aos cuidadores formais, mostrou-se relevante conhecer o número de profissionais que prestam apoio domiciliário ao idoso, uma vez que se tem vindo a discutir massivamente a carência de profissionais que poderão existir no futuro. 9 dos idosos (69,2%) assegurou que tem apenas 1 profissional de serviço de apoio domiciliário ajudá-lo e 4 idosos (30,8%) responderam mais do que uma pessoa.

Tabela 27 – Número de profissionais de apoio domiciliário que ajudam o idoso

Número de profissionais		
	N	%
Uma pessoa	9	69,2%
Mais do que uma pessoa	4	30,8%
TOTAL	13	100%

Nos casos em que o idoso tem mais do que uma pessoa ajudá-lo, procurou-se constatar se ajudam todos a fazer o mesmo tipo de tarefas ou se pessoas diferentes executam tarefas diferentes. Dos 4 idosos, todos eles explicaram que ajudam todos a fazer o mesmo tipo de tarefas. O trabalho exercido em equipa ou individualmente foi, também, abordado em entrevista às profissionais do serviço de apoio domiciliário, em

que a maioria afirmou ser indiferente trabalhar em equipa, sendo que nesta modalidade de trabalho as tarefas tornam-se menos árduas.

«É indiferente... logo que nos consigamos entender bem...» [E7].

«É igual... se tiver de trabalhar sozinha trabalho, se tiver de trabalhar em equipa também trabalho» [E1].

«Porque eu acho que ajuda-me fisicamente porque partilhamos o esforço e também mentalmente porque nem sempre estamos no nosso melhor. Assim em equipa partilhamos os bons e maus momentos juntas e para o utente também é bom porque a nível físico não temos de exigir tanto dele» [E5].

Algo de extrema importância prende-se com o número de horas que os cuidadores formais e informais dedicam ao idoso. Relativamente aos cuidadores formais, os profissionais dos serviços de apoio domiciliário dedicaram entre 5 a 9 horas (53,8%); a equipa do centro de saúde/enfermeiro/a de uma empresa privada/ou profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio, 85,7% dos idosos que recebem esta ajuda confessaram que na semana passada não receberam este suporte; quanto ao terapeuta ocupacional/fisioterapeuta, o único indivíduo que recorre a estes profissionais afirmou que na semana passada não recebeu qualquer ajuda; a mulher-a-dias/empregada doméstica dedica entre 1 a 4 horas e 10 a 19 horas; e, por fim, o outro cuidador formal, mencionado por parte do inquirido, não ofereceu nenhuma ajuda na semana passada. Os 6 inquiridos (100%) que responderam que não receberam nenhuma ajuda, na semana passada, de uma equipa do centro de saúde, enfermeiro de uma empresa privada ou profissional de equipa de cuidados continuados intermédios ou integrados ao domicílio, afirmaram que a visita destes profissionais ocorre menos de 1 vez por mês. No que respeita ao indivíduo que respondeu que não recebeu ajuda do terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta, na semana passada, assegura que esta visita acontece menos de 1 vez por mês. No que concerne à ajuda de outro prestador formal, o único indivíduo que respondeu a essa questão assegurou que a sua visita é efetivada menos de 1 vez por mês. Quanto ao número de horas que a mulher-a-dias dedicou ao idoso, o inquirido que respondeu que não sabia precisar, quando a pergunta lhe foi colocada numa segunda questão, respondeu que talvez menos de 20 horas.

Tabela 28 – Número de horas que os cuidadores formais dedicaram ao idoso, na semana passada

Número de horas		
Profissionais dos serviços de apoio domiciliário		
	N	%
Menos de uma hora	1	7,7%
1 a 4 horas	5	38,5%
5 a 9 horas	7	53,8%
TOTAL	13	100%
Equipa do centro de saúde; Enfermeiro/a de uma empresa privada/ ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	6	85,7%
1 a 4 horas	1	14,3%
TOTAL	7	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	1	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica		
	N	%
1 a 4 horas	2	28,6%
10 a 19 horas	2	28,6%
20 a 34 horas	1	14,3%
50 a 99 horas	1	14,3%
Não sabe	1	14,3%
TOTAL	7	100%
Outro cuidador formal		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	1	100%
TOTAL	1	100%

Segundo os idosos inquiridos as profissionais dos serviços de apoio domiciliário dedicam entre 5-9 horas semanais ao cuidado prestado ao idoso. Posto isto, importa compreender se, sob o ponto de vista destas profissionais, o trabalho que exercem e o número de horas que despendem se revela suficiente para fazer face àquilo que os idosos necessitam. Em entrevista, todas as 7 entrevistadas afirmaram que o trabalho que desenvolvem não supera as reais necessidades dos idosos, uma vez que estes carecem de mais apoio do que aquele que é efetivamente fornecido. Este auxílio não se reduz às respostas que podem ser consagradas ao nível formal, mas também ao nível informal.

«Mas claro que eles precisam bem mais do que aquilo que eu posso dar... Precisavam de um fisioterapeuta para fazer uma ginástica, de uma psicóloga para conversar com eles... porque por mais que eles falem connosco eu sei que não tenho formação para os ajudar, porque às vezes não sei o que dizer... Às vezes digo: «olhe vá para o via catarina, vá para o shopping...», mas se calhar não é isso que eles querem ouvir. Uma psicóloga era o essencial» [E3].

«Não... Porque há coisas que não podemos suprir. O amor da família nós não podemos suprir. A parte da saúde também não podemos suprir» [E5].

Relativamente aos cuidadores informais, é perceptível que o número de horas aumenta quando comparado com os cuidadores formais. Assim, quanto ao auxílio prestado por parte do marido/esposa (companheiro/companheira), 83,3% dos inquiridos afirmaram que, na semana passada, receberam uma ajuda de 100 horas ou mais. A ajuda prestada por parte do filho (incluindo enteado, filho adotivo e genro), que foi mencionada por parte de 4 indivíduos, 2 deles não receberam esta ajuda na semana passada, 1 afirma menos de 1 hora e o outro indivíduo de 1 a 4 horas. Os 2 inquiridos que responderam que não receberam nenhuma ajuda do filho na semana passada, numa segunda pergunta, 1 deles afirmou que geralmente recebe 2 ou mais vezes por semana e o outro inquirido optou pela resposta de menos de 1 vez por mês. Quanto à filha (incluindo enteada, filha adotiva e nora) 66,7% dos inquiridos respondeu 100 horas ou mais. O inquirido que confessou que, na semana passada, não recebeu ajuda por parte da sua filha, acrescentou que esta ajuda é fornecida menos de 1 vez por mês. A ajuda por parte do neto/neta (incluindo bisnetos e bisnetas) dividiu-se entre as 20-34 horas e as 100 horas ou mais. O apoio por parte do irmão/irmã (incluindo meios irmãos, irmãos adotados, cunhados e cunhadas) foi, para 75% dos inquiridos de 100 horas ou mais. Um dos indivíduos que respondeu que, na semana passada, não recebeu ajuda por parte deste familiar, afirma, que esta ajuda é realizada menos de 1 vez por mês. Quanto à ajuda por parte do sobrinho/sobrinha o inquirido que selecionou este familiar respondeu que não recebeu ajuda na semana passada, mas quando novamente questionado, assegura que esta ajuda é consumada 1 vez de 15 em 15 dias. É apontado, ainda, um outro familiar não especificado por parte de 1 dos inquiridos, que o ajudou, na semana passada, 100 horas ou mais. E, por fim, quanto ao amigo/amiga dos 2 indivíduos que afirmaram receber esta ajuda, 1 deles não recebeu nenhuma na semana passada, sendo que esta ajuda é realizada 1 vez por mês, e o outro inquirido recebeu de 1 a 4 horas.

Tabela 29 – Número de horas que os cuidadores informais dedicaram ao idoso, na semana passada

Número de horas		
Marido/Esposa (Companheiro/Companheira)		
	N	%
5 a 9 horas	1	16,7%
100 horas ou mais	5	83,3%
Total	6	100%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo e genro)		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	2	50%
Menos de uma hora	1	25%
1 a 4 horas	1	25%
Total	4	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva e nora)		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	1	16,7%
50 a 99 horas	1	16,7%
100 horas ou mais	4	66,7%
Total	6	100%
Neto/Neta (Incluindo bisnetos/bisnetas)		
	N	%
20 a 34 horas	1	50%
100 horas ou mais	1	50%
Total	2	100%
Irmão/Irmã (Incluindo meios irmãos, irmãos adotados, Cunhados e cunhadas)		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	1	25%
100 horas ou mais	3	75%
Total	4	100%
Sobrinho/Sobrinha		
	N	%
Nenhuma ajuda na semana passada	1	100%
Total	1	100%
Outro familiar		
	N	%
100 horas ou mais	1	100%
Total	1	100%
Amigo/Amiga		
	N	Total
Nenhuma ajuda na semana passada	1	50%
1 a 4 horas	1	50%
Total	2	100%

4.3. Pagar a batalha da dependência

A forma como são organizadas as ajudas que estes idosos recebem e como são operados os seus pagamentos trata-se de algo que também importa conhecer. Num momento precedente à colocação das questões sobre os pagamentos, foi perguntado ao inquirido se este precisava de recorrer algum calendário, contrato de prestação, fatura ou recibo, mas nenhum deles necessitou. Dos 13 idosos alvo de análise, apenas 2 tratam dos seus pagamentos sem qualquer ajuda, tal como ilustrado na tabela 30.

Tabela 30 – Pagamentos

Pagamentos		
	N	%
É o/a entrevistado/a que trata de tudo sozinho/a	2	15,4%
O/A entrevistado/a não trata desse assunto	11	84,6%
TOTAL	13	100%

Posteriormente, foi perguntado aos inquiridos sobre quem trata desses pagamentos, ou seja, se a pessoa que trata dos pagamentos está em casa e participa na entrevista ou se a pessoa não está em casa ou não está disponível. 72,7% respondeu que quem trata dos pagamentos está em casa e participa na entrevista.¹⁷ O complemento por dependência que representa um suporte para muitos indivíduos que se encontram a viver em situações de dependência, também fez parte das questões colocadas. Constatei que 7 indivíduos recebem este complemento e os restantes 6 que não recebem, alguns deles informaram-me que já requereram o pedido mas aguardam resposta.

Tabela 32 – Complemento por dependência

Complemento por dependência		
	N	%
Recebe	6	46,2%
Não recebe	7	53,8%
TOTAL	13	100%

¹⁷ Consultar anexo 17: “Tabela 31 – Quem trata dos pagamentos”.

No que respeita aos cuidados e com o intento de perceber de forma aprofundada como estes foram organizados, foi questionado aos inquiridos se lhes foi solicitado a apresentação dos seus rendimentos à Segurança Social, à Junta de Freguesia ou Câmara Municipal ou a algum Assistente Social. A maioria, ou seja, 76,9% respondeu que o fez e que foi feita uma avaliação dos seus rendimentos, de modo a dar início ao plano de ajudas. Por sua vez, 23,1% afirmou que não apresentou qualquer documento relativo aos rendimentos e que não foi realizada uma avaliação de rendimentos.¹⁸

Examinando um pouco mais esta questão, quis perceber a forma como foram organizadas as ajudas fornecidas por parte dos cuidadores formais. Neste sentido, a tabela 34 ilustra a panóplia das ajudas que são fornecidas aos idosos alvo deste estudo. No que respeita ao profissional dos serviços de apoio domiciliário, a maioria dos inquiridos, ou seja, 76,9% afirma que recebe estes cuidados por parte de uma instituição de apoio sem fins lucrativos, como uma IPSS, um centro paroquial, uma Misericórdia. Quanto à equipa do centro de saúde; Enfermeiro/a de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio, 42,9% dos inquiridos respondeu que estabeleceu um contrato com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que lhe presta cuidados. Em conversas informais, informaram-me que esta ajuda foi estabelecida e solicitada por intermédio do médico e familiares, e que posteriormente celebraram contratos com a empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que presta o serviço requerido. Quanto ao terapeuta ocupacional/fisioterapeuta, que foi mencionado por parte de 1 dos inquiridos, este profissional estabelece os seus serviços através de um contrato que o idoso celebrou com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que lhe presta cuidados. E, por fim, 85,7% dos inquiridos afirma que possui um contrato com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que lhe presta cuidados no que respeita à mulher-a-dias/empregada doméstica.

¹⁸ Consultar anexo 18: “Tabela 33 – Apresentação dos rendimentos”.

Tabela 34 – Organização das ajudas recebidas

Organização das ajudas recebidas		
Profissional dos serviços de apoio domiciliário		
	N	%
Recebo esse cuidados de um serviço de segurança social e/ou centro de saúde	1	7,7%
Recebo estes cuidados de uma instituição de apoio sem fins lucrativos, como uma IPSS, um centro paroquial, uma Misericórdia	10	76,9%
Outro	1	7,7%
Não sabe	1	7,7%
TOTAL	13	100%
Equipa do centro de saúde; Enfermeiro/a de uma empresa privada/ ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio		
	N	%
Tenho um contrato com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que me presta os cuidados	3	42,9%
Recebo esse cuidados de um serviço de segurança social e/ou centro de saúde	1	14,3%
Recebo estes cuidados de uma instituição de apoio sem fins lucrativos, como uma IPSS, um centro paroquial, uma Misericórdia	1	14,3%
Outro	2	28,2%
TOTAL	7	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta		
	N	%
Tenho um contrato com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que me presta os cuidados	1	100%
TOTAL	1	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica		
	N	%
Tenho um contrato com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que me presta os cuidados	6	85,7%
Não sabe	1	14,3%
TOTAL	7	100%

Dos 11 indivíduos que têm conhecimentos sobre a forma como está organizada a ajuda que recebem por parte dos profissionais dos serviços de apoio domiciliário, todos

eles declararam que pagam por este serviço que lhes é prestado. Os pagamentos realizados oscilam entre os 25-240 euros.

Tabela 35 – Pagamentos das ajudas recebidas

Pagamentos das ajudas recebidas		
Valor pago, por mês, ao profissional dos serviços de apoio domiciliário		
	N	%
25€	1	7,7%
40€	1	7,7%
50€	1	7,7%
70€	1	7,7%
75€	2	15,4%
100€	1	7,7%
120€	1	7,7%
155€	1	7,7%
200€	1	7,7%
240€	1	7,7%
Total	11	100%

Ou seja, estamos perante valores diferenciados, mas que não ultrapassam os 240 euros mensais. Assim, importa conhecer as fontes de rendimento que estes idosos têm disponíveis para realizar os pagamentos aos profissionais do serviço de apoio domiciliário. As fontes de rendimento a que os idosos recorreram foram: o rendimento pessoal, poupanças e pensão, bem como o dinheiro do complemento de dependência, tal como ilustrado na tabela 36. As restantes ajudas realizadas por parte da equipa do centro de saúde; enfermeiro/a de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio; o terapeuta ocupacional/fisioterapeuta; mulher-a-dias/empregada doméstica são disponibilizadas a título gratuito ou então são pagas através de presentes, segundo os inquiridos. Perante este facto, questionei-os se mais alguém paga pelos cuidados que recebem, sendo que apenas 1 dos inquiridos respondeu afirmativamente, sendo que não saber explicar qual é a entidade. Ao longo destas perguntas sobre os pagamentos, responderam 11 inquiridos, e desses apenas 3 responderam com a ajuda de outra pessoa. No caso dos idosos alvo de estudo na presente investigação, grande parte das ajudas que recebem não são pagas ou se o são não são pagas por eles. Aquilo que pagam, tanto quanto sabem, é direccionado para o trabalho realizado por parte das profissionais de apoio domiciliário essencialmente. Mas, tal como é de conhecimento geral, as despesas que os idosos têm não se

circunscrevem a este tipo de ajuda. A carga de medicamentos, por exemplo, que carecem foi algo muito vincado em conversas informais que obtive com idosos e seus cuidadores informais e/ou familiares.

Tabela 36 – Fontes de rendimento para realizar os pagamentos das ajudas aos profissionais do serviço de apoio domiciliário

Fontes de rendimento			
Uso dinheiro do meu rendimento pessoal, poupanças e pensão			
Sim		Não seleccionado	
N	%	N	%
11	84,6%	2	15,4%
Uso dinheiro do meu Complemento por dependência			
Sim		Não seleccionado	
N	%	N	%
2	15,4%	11	84,6%
A minha família ajuda-me com estes pagamentos			
Sim		Não seleccionado	
N	%	N	%
-	-	13	100%
Dei a minha casa como pagamento			
Sim		Não seleccionado	
N	%	N	%
-	-	13	100%
Uso dinheiro proveniente de outra origem			
Sim		Não seleccionado	
N	%	N	%
-	-	13	100%

Neste âmbito, procurei conhecer a perspetiva que as cuidadoras formais têm sobre estes aspetos, uma vez que das ajudas indagadas em inquérito por questionário, são as únicas que são pagas em dinheiro por parte dos idosos. Posto isto, em entrevista todas as profissionais dos serviços de apoio domiciliário reiteraram que as respostas formais direccionadas à população idosa portuguesa não se encontram ajustadas. Segundo estas profissionais, apesar das melhorias operadas ao longo dos últimos anos, as ofertas não conseguem fazer face às necessidades e pedidos de ajuda. Salientando, ainda, que em termos de qualidade o trabalho que tem vindo a ser realizado por diversas entidades e instituições é de realçar.

«Devia-se pegar nas pessoas e ajudá-las a nível financeiro, em medicações, alimentação... Porque as reformas são pequeninas e você sabe que é assim, por isso eu acho que devia haver mais apoio. Os idosos da nossa instituição não vivem assim muito coisa, mas nós sabemos que vamos a uma farmácia e ouvimos idosos a dizer que só levam uma parte da receita porque o dinheiro este mês não dá para mais. E nós ficamos assim: alto [forma de expressão]» [E1].

«Isto está muito mal. Nós temos alguns idosos que deviam estar institucionalizados e que não estão porque não há capacidade e respostas para isso. Nós temos o caso de uma senhora que me choca muito, que está sozinha e tem esquizofrenia. Pronto, vamos lá nós, mas não é a mesma coisa» [E4].

«Não é perfeita, mas é possível dentro da disponibilidade de dinheiro e pessoal. São tantas a carências que não é possível conseguir tudo, mas olhando para o passado fez-se muita coisa e quem recebe os cuidados tem consciência disso. Alguns até dizem que quando eram pequeninos nunca usaram fraldas e agora usam fraldas. As pessoas percebem as mudanças» [E5].

«A rede devia ser mais alargada... não chega a todos, a todos os sítios. Devia haver um estudo mais detalhado das necessidades das pessoas» [E6].

«Muito deficientes em todos os aspetos. Hoje está tudo melhor, porque se fôssemos para o tempo da minha mãe não havia nada. Agora há muitas ajudas, até há demais... mas não vão ao encontro do que se precisa. É tudo um comércio e nem sempre se ajustam ao que é preciso» [E7].

No que respeita às refeições e ao modo como estas se encontram organizadas, 76,9% dos inquiridos preferiu que é um familiar, amigo/a ou vizinho/a que se responsabilizou pela sua alimentação, visível na tabela 37.

Tabela 37 – Refeições

Refeições						
	Sim		Não Selecionado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Entrega de refeições a casa por serviço de apoio domiciliário, por exemplo, centro de dia, santa casa de misericórdia, associações, paróquia, junta de freguesia	-	-	13	100%	13	100%
Um restaurante/empresa privada de entrega de refeições a casa com quem tenho um acordo	-	-	13	100%	13	100%
Um familiar, amigo/a ou vizinho/a trouxe-me refeições já preparadas ou veio cá a casa prepará-las	10	76,9%	3	23,1%	13	100%
Uma empregada doméstica/mulher-a-dias preparou-me as refeições	4	30,8%	9	69,2%	13	100%
Desloco-me ao centro de dia para comer	-	-	13	100%	13	100%
Vou ao centro de dia e trago a minha comida para casa	-	-	13	100%	13	100%
Outra opção	-	-	13	100%	13	100%

Em virtude da importância crescente dos centros de dia, foi indagado, aos idosos alvo deste estudo, se frequentam estes locais. Todos eles afirmaram não frequentar um centro de dia, o que pode ser explicado pelo elevado nível de dependência que não permite que estes idosos se desloquem a estes locais.

Quanto às compras e ao modo como estas foram realizadas, no último mês, a maioria dos inquiridos referiu um familiar, amigo/a ou vizinho/a que lhe levou as compras, como ilustra a tabela 38. Tal como nas refeições, também aqui é o cuidador informal que se destaca.

Tabela 38 – Forma como foram realizadas as compras, no último mês

Forma como foram realizadas as compras, no último mês						
	Sim		Não Selecionado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Entrega de produtos alimentares através da Internet ou do telefone (por exemplo, serviços de entrega dos hipermercados)	-	-	13	100%	13	100%
Um pequeno comerciante fez a entrega de produtos alimentares (por exemplo, o merceeiro, o padeiro, ou outro do mesmo tipo)	2	15,4%	11	84,6%	13	100%
Empresa de entrega de produtos frescos ou congelados ao domicílio	-	-	13	100%	13	100%
Um familiar, amigo/a ou vizinho/a trouxe-me as compras	9	69,2%	4	30,8%	13	100%
Uma empregada doméstica/mulher-a-dias trouxe-me as compras	4	30,8%	9	69,2%	13	100%
Outra	-	-	13	-	13	100%
Nenhum dos acima referidos	1	7,7%	12	92,3%	13	100%

4.4. O impacto dos equipamentos disponíveis e das condições de habitação na dependência

Quando se procura estudar a dependência vivida por parte de muitos idosos, a existência ou não de determinados equipamentos revela-se fundamental para compreendermos se o idoso consegue camuflar, ainda que em determinados momentos, a dependência com a ajuda destes equipamentos e da própria estrutura da sua habitação. No que concerne aos equipamentos que estes idosos possuem, foi perguntado aos indivíduos se têm um alarme para pedir ajuda. Dos 13 inquiridos, apenas 2 recorrem a

este dispositivo.¹⁹ Esta quase não existência deste equipamento revela-se, em certa medida, preocupante devido ao facto de alguns destes idosos se encontrarem desprotegidos em consequência do facto de passarem grande parte do seu dia sozinhos e isolados. Sendo que não pode ser descurado o uso de telemóveis que, muitas vezes, acabam por ser a substituição ao uso de um alarme. Relativamente à posse ou não de uma cadeira elevatória, os 13 inquiridos afirmaram não possuir este equipamento.²⁰ Quanto a uma panóplia de outros equipamentos, assumem destaque a cama articulada/grade na cama; o colchão anti escaras; e a banheira equipada com chuveiro, tal como demonstrado na tabela 41. De sublinhar, ainda, que nenhum destes idosos possui um sistema elevatório de transferência; uma rampa exterior e outras alterações à casa de banho.

Tabela 41 – Equipamentos disponíveis

Equipamentos disponíveis						
	Sim		Não Selecionado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cama articulada/grade na cama	6	46,2%	7	53,8%	13	100%
Colchão anti escaras	6	46,2%	7	53,8%	13	100%
Equipamento de casa de banho/cadeira de banho	3	23,1%	10	76,9%	13	100%
Sistema elevatório de transferência	-	-	13	100%	13	100%
Corrimão exterior	1	7,7%	12	92,3%	13	100%
Rampa exterior	-	-	13	100%	13	100%
Corrimão de escadas/corrimão de parede	3	23,1%	10	76,9%	13	100%
Cabine de duche/polibán	3	23,1%	10	76,9%	13	100%
Banheira equipada com chuveiro	6	46,2%	7	53,8%	13	100%
Outras alterações à casa de banho	-	-	13	100%	13	100%
Outro	-	-	13	100%	13	100%
Não utilizo nenhum destes equipamentos nem procedi a qualquer alteração	1	7,7	12	92,3%	13	100%

No que respeita às soluções disponíveis por parte destes idosos, verificado na tabela 42, é sobretudo a cadeira de rodas manual que se destaca (76,9%), seguindo-se com uma menor expressividade a bengala (38,5%), o que nos remete, uma vez mais, para o grau de dependência destes idosos.

¹⁹ Consultar anexo 19: “Tabela 39 – Alarme”.

²⁰ Consultar anexo 20: “Tabela 40 – Cadeira elevatória”.

Tabela 42 – Soluções disponíveis

Soluções disponíveis						
	Sim		Não Selecionado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cadeira de rodas manual	10	76,9%	3	23,1%	13	100%
Cadeira de rodas elétrica	-	-	13	100%	13	100%
Scooter de mobilidade	-	-	13	100%	13	100%
Canadianas ou muletas	3	23,1%	10	76,9%	13	100%
Bengala	5	38,5%	8	61,5%	13	100%
Andarilho	4	30,8%	9	69,2%	13	100%
Outra	2	15,4%	11	84,6%	13	100%
Não preciso de nada disto para me deslocar	-	-	13	100%	13	100%

Com o intento de conhecer qual a solução que se encontrava disponível para o idoso na opção “outra”, um dos inquiridos referiu, posteriormente, que possuía uma cadeira de sanita e o outro indivíduo uma cana que lhe permite abrir e fechar determinados equipamentos sem ter de se deslocar.

O modo como estes idosos se encontram alojados também foi uma preocupação, tal como ilustrado na tabela seguinte.

Tabela 43 – Situações de habitação

Situações de habitação		
	N	%
Residência assistida	-	-
Família de acolhimento	1	7,7%
Lar ou casa de repouso	-	-
Outro tipo de soluções com apoio	-	-
Nenhuma das acima referidas	12	92,3%
Outro	-	-
Total	13	100%

No âmbito da habitação, acredito ser interessante perceber, por parte das cuidadoras formais, se existe uma total apropriação do espaço de habitação do idoso. Neste sentido, em entrevista todas elas confessaram possuírem total liberdade de circulação, todavia restringem-se pelos locais estritamente necessários.

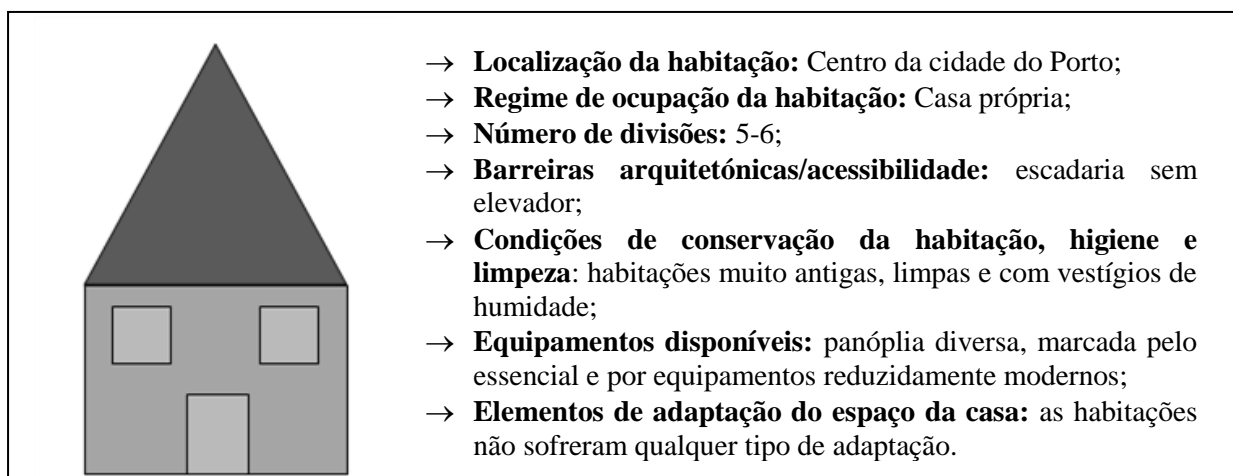
«Ai permitem-me ir a todo lado, mas eu é que não quero. Não estou a ver os cantos da casa, se tem aquilo ou outra coisa. Claro que eu a tratar de idoso às vezes, por exemplo, tenho de pôr a

roupa para lavar e pergunto se posso ir à máquina de lavar roupa mas é só por educação, porque as pessoas dão-me liberdade para circular. Fora disso, tento não andar muito pela casa. Tento não barafustar, se o quarto é assim ou é assado...» [E1].

«É assim... há casas que nós temos utentes há vários anos e temos liberdade para o fazer, mas nós não fazemos porque não acho correto. Nós usamos mais o quarto do idoso, a casa de banho e a sala se o tivermos de levar à sala. Nós não podemos invadir o espaço das pessoas» [E3].

Também as condições habitacionais foram alvo de preocupação, em que através do recurso à observação pude constatar uma série de regularidades a assinalar. E porquê? Ora, tal como redige Quaresma (2004) “*O habitat, o nosso ‘canto’, ao mesmo tempo que é, para os mais velhos, o mundo que não se quer perder, símbolo de uma história num lugar, pode ser também o lugar dos riscos, sinal de desigualdades que marcaram o tempo e o espaço de uma vida*” (Quaresma, 2004: 43). Ou seja, o conforto habitacional apresenta consequências na forma como é vivida a velhice e a dependência. Assim sendo, das 13 habitações observadas foi possível elencar uma série de regularidades e evidências. No que respeita à localização da habitação, é especialmente no centro da cidade que estes idosos residem. Quanto ao regime de ocupação da habitação, embora existam casos em que a casa pertence a familiares, a maioria destes idosos reside na sua própria habitação. O número de divisões da habitação varia sobretudo entre as 5-6. Algo que se revelou fundamental observar residia nas barreiras arquitetónicas/acessibilidade, em que foi possível constatar que a maior parte das habitações encontram-se marcadas por escadarias sem elevador. Importa sublinhar que muitos dos idosos alvo de estudo raramente saem de casa, pelo que estas barreiras são limitadamente sentidas por eles, todavia importa serem assinaladas. As condições de conservação da habitação, higiene e limpeza são caracterizadas, sobretudo, por habitações muito antigas, limpas e com vastos vestígios de humidade. Quanto aos equipamentos disponíveis, para além dos questionado em inquérito, é possível verificar uma panóplia diversa, marcada pelo essencial e por equipamentos reduzidamente modernos. O aquecedor elétrico, nomeadamente, no espaço do quarto do idoso é uma evidência constante. Nenhuma habitação, e a par do que foi possível constatar através do inquérito por questionário, sofreu qualquer tipo de adaptação.

Figura 4 – Conforto habitacional do idoso



4.5. No mundo de quem cuida: expectativas, papéis e frustrações do cuidador formal

Para além de se ter estabelecido um retrato sobre quem são e que ajudas recebem os idosos alvo de estudo, importa, ainda, perceber e compreender o mundo das cuidadoras formais que batalham contra a dependência que os idosos sentem e, que muitas vezes, não surgem no palco principal mas ficam escondidas nos bastidores. Apenas uma das profissionais do serviço de apoio domiciliário entrevistadas confessou que escolheu a profissão de cuidar de idosos dependentes, todas as restantes afirmaram que foi um acaso que as encaminhou para este trabalho.

«Eu vou-lhe dizer... Estava desempregada na altura, e eu fiz um pouco de tudo... Já fui saboneteira... Num momento que estava mais aflita houve esta oportunidade de vir para a liga e eu fiquei e olhe já cá estou há 13 anos. Foi mero acaso. Parece que foi uma luz que me guiou» [E1].

«Eiiii [risos]. Eu tenho uma história muito longa... eu divorciei-me, fiquei grávida, sustentei essa criança que agora está um homem e tinha de sustentar essa criança. A junta de freguesia apresentou-me esta oportunidade e comecei a trabalhar nesta área e o tempo foi passando... já são 19 anos quase» [E7].

A formação também se revela um fator chave que deve ser tido em consideração por parte dos cuidadores formais que se deslocam a casa do idoso, uma vez que em várias

formações são estudadas técnicas e formas de ação que se reproduzem em influências na qualidade do trabalho prestado ao utente, bem como nas estratégias comunicacionais a adotar com os cuidadores informais e/ou familiares. Todas estas profissionais do serviço de apoio domiciliário concluíram a formação no âmbito do cuidado a idosos, reconhecendo a importância que estes cursos representam para aqueles que cuidam. Sendo que, também é realçado o melhor ajustamento formativo que deveria ser realizado.

«Hum... numa das formações tive gestão de comportamento e isso foi, para além da prática, fundamental, porque me ajudou a lidar comigo e com eles, porque temos idosos difíceis que não é fácil de lidar. E ajudou-me mesmo muito. As formações são muito importantes e qualquer uma que apareça eu não dispenso» [E4].

«Sempre que é possível faço reciclagem sim. Porque isto está sempre a evoluir e eu aconselho, quem puder que faça formação» [E2].

«Eu acho que as formações não estão nada de acordo com as necessidades que nós temos e do nosso bem-estar. Porque quem lida com os idosos devia ter uma retaguarda, um convívio... A formação que fiz não teve impactos com os idosos porque para mim cada caso é um caso e os casos não são avaliados separadamente, é tudo em conjunto e quando assim é algum fica de fora. Teria de haver um trabalho por detrás muito maior e isso não é fácil. Varia muito de ser humano para ser humano... não adianta ter um canudo sem conhecer o terreno e as necessidades» [E7].

Após ser constatado, em inquérito por questionário, que os idosos necessitam, em larga escala, da ajuda destas técnicas, e que a relação entre cuidadores nem sempre é pacífica, procurei caracterizar a relação entre idoso e profissional dos serviços de apoio domiciliário. Aqui não foi possível estabelecer consenso, sendo que a maioria confessa que já sentiu várias dificuldades na relação com o idoso. Realçam que mais do que a dificuldade de comunicação, a alta carga física necessária e inerente ao lidar com idosos revela-se preponderante.

«Olhe, por exemplo, há umas semanas eu arranjei um idoso todo perfumado, porque a nora era doutora não sei quê, depois cheguei lá perguntei se gostou do passeio e ele disse-me que ficou lá toda a manhã e que ninguém o foi buscar. E depois os idosos perdoam tudo dos filhos. E mais a mais eles não são donos do dinheiro deles, e tivemos já de lhes ensinar o que era o euro. E falando do idoso que estava a falar, ele fica tão deprimido, chora aquele choro seco sem lágrimas... e depois descarrega tudo em mim. Diz que sou muito má, e porque quer isto e aquilo, e diz que está triste... E não é fácil de lidar, porque eles estão tão frustrados que descarregam na única pessoa que lá vai» [E3].

«Desde que aqui estou nunca senti assim uma dificuldade. Há uns que estão mais tristonhos, e se eles querem contar qual é o motivo da tristeza, eu vou ouvindo e se puder dar a volta ao de cima ajudo, se eles não me querem contar eu tento brincar para ver se eles conseguem reagir, se não os conseguir pôr para cima eu lamento e fico triste, mas dificuldades nunca senti» [E1].

«Em alguns pode haver... os mais difíceis são aqueles que cognitivamente não estão bem. Os que tem paranoias, visões... é difícil porque convencer a pessoa que não está a ter alucinações... e temos muitas vezes que fazer o papel do diabo e dizer que a pessoa de facto está a ver mas na verdade não está» [E6].

Apesar das dificuldades enunciadas, a maioria das técnicas entrevistadas acreditam que a relação com o idoso é tranquila e mais pacífica do que a estabelecida com os cuidadores informais e/ou familiares do mesmo. Sendo a relação entre idoso e cuidadora formal bastante estreita, procurou-se perceber de que forma profissional dos serviços de apoio domiciliário lida com a morte daqueles de quem cuida, muitas vezes durante vários anos. Todas as entrevistadas expressaram que conseguem lidar com naturalidade, não negando que lhes afeta, principalmente quando são idosos com quem têm uma relação muito próxima. Acrescentando, ainda, que quando isto acontece, muitas vezes, mantêm o contacto com os familiares com quem tinham também uma relação.

«Olhe é uma coisa que é muito triste... Porque nós lidamos muito com eles, deixamos de ter os momentos que tínhamos. Eu tinha um senhor que faleceu e ele gostava muito de futebol e nós tínhamos muitas conversas de futebol, eu quando o Porto ganhava chegava à beira dele e era logo: «olhe hoje o nosso Porto ganhou», e um dia essas conversas deixam de existir. Até um simples buscar de jornal que eu estava tão habituada a ir buscar para esse senhor, deixei essa rotina e sinto claro que sinto. Eu até rifas ia buscar» [E1].

«Vou-lhe ser muito sincera... alguns fico chocada, outros pronto... a gente sabe que trabalhar com crianças é vê-las crescer, desenvolver... com idosos é o contrário, num dia estão bem, noutros mal, e nós também já estamos trabalhadas para lidar com isso» [E3].

«É difícil... Alguns toca-nos mais... por exemplo, há uma esposa que até vou telefonando para ver como está e vamos tomar café, conversamos um bocadinho, que ela perdeu o marido» [E4].

A afinidade que se estabelece entre cuidador e idoso e todo o trabalho desempenhado por parte destas profissionais pode repercutir-se em situações difíceis de lidar não somente no trabalho mas também fora dele. O desgaste psicológico e todo o stress que pode presenciar poderão ter impactos na vida pessoal destas profissionais.

Apesar de estar muitas vezes associado aos cuidadores informais, o stress não é somente sentido por parte dos familiares que cuidam de idoso, mas também por parte

destes profissionais que embora tenham ao seu dispor mecanismos e técnicas de os contornar, isso não significa que não experienciem momentos menos desejáveis. O stress trata-se de um termo que “*provém do verbo latino stringo, stringere, strinxi, strictum que tem como significado apertar, comprimir, restringir. Este vocábulo existe na língua inglesa desde o século XIV, sendo utilizado durante muito tempo, para exprimir uma tensão ou uma pressão de natureza física*” (Sequeira, 2006). O stress e as consequências que se encontram na sua génese têm sido estudados por parte de múltiplos investigadores. Associado ao stress, muitas vezes os cuidadores formais acionam estratégias de *coping*, ou seja, formas de lidar ou gerir. Isto é, o *coping* trata-se do conjunto dos esforços cognitivos e comportamentos do indivíduo, que constituem um processo de modo a lidar ou gerir solicitações específicas excessivas, independentemente da sua eficácia (Sequeira, 2006). Assim, o *coping* apresenta-se como uma espécie de leque de respostas possíveis às exigências, quer psicológicas quer ambientais, em particular a situações profundamente stressantes, definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais para dominar, reduzir ou tolerar as exigências criadas por situações stressantes. Estas respostas que são produzidas por parte dos indivíduos podem ser realizadas de forma consciente ou inconsciente (Sequeira, 2006). Se por um lado os cuidadores formais se encontram melhor preparados para lidar com fatores stressantes no trabalho, por outro lado isso não significa que todos eles consigam contornar e adotar estratégias que os permitam lidar com as situações mais complicadas. Todas as entrevistadas afirmaram sentir stress no trabalho devido a múltiplos motivos, sendo a questão dos horários a fonte iminente de stress.

«Muito filhota. Nós andamos a correr, andamos de transportes públicos... acabamos por chegar em casa do utente e é a correr. Qualquer dia dá-me um AVC» [E7].

«Sinto quanto às horas, quando acontece alguma coisa e nos atrasamos. Às vezes quando temos de esperar pelos autocarros...» [E4].

Assim, grande parte das entrevistadas confessou já ter lidado com situações difíceis no trabalho.

«É assim... Eu um dia tive uma zangazinha com uma colega aqui do trabalho, que pronto... também foi burrice minha e da minha cabeça, também estava um bocado em baixo por situações mais pessoais, e pronto... meti o pé na argola, fui falar com a pessoa em si e agora as

coisas estão resolvidas. Claro que já não é aquela amizade como era dantes, mas pronto... Eu sei que errei, ela trabalha comigo, mas resolveu-se. Ficou uma pedra em cima» [E1].

«Um dia um idoso bateu-me, cuspiu-me... Outro já me mordeu a mão... E nós temos de engolir e gerir isso. E cuspir é nojento, foi das piores. Difícil também é quando vamos lá e eles estão quase a morrer, um dia tivemos de chamar o inem e ela não voltou» [E5].

O lidar com as frustrações também parece ser uma tarefa que as técnicas aprenderam a contornar.

«Eu gostava de ir fazer yoga... mas como não faço, no sítio onde moro tenho lá um cafezinho, ouço as queixas de uma e doutra, chego a casa e desligo. Quando tinha a minha amiga cá, íamos dar uma volta à noite, mas em casa não falo com ninguém, não tenho um ambiente familiar para isso» [E4].

«Depende... se estiver disposta a pegar com o meu filho pego com ele [risos]. Mas geralmente vou para o quintal, cuido das flores... e vou para a cama mais cedo e penso que já vi tanta coisa durante o dia e durmo. Eu gosto de dormir, não sei se é um refúgio mas sabe-me bem e ver se acordo mais bem-disposta no outro dia» [E7].

«Viro a página, penso que amanhã é um novo dia» [E2].

Sendo que não existe consenso quanto à influência do trabalho nos aspetos da vida pessoal, algumas declaram que o trabalho que prestam influencia as suas relações familiares, outras expressam que não permitem que isso aconteça, embora todas afirmem que não é simples separar o profissional do pessoal em ambiente familiar.

«Mas esta carga tem um efeito e os nossos familiares é que levam com isso. E ficam tristes... Ainda ontem foi o aniversário da minha filha e eu não estava bem e a minha filha percebeu que eu estava sem ânimo devido aos problemas no trabalho» [E7].

«Hum... não. Claro que uma pessoa às vezes vai mais triste para casa, mas nada que não se ultrapasse. Uma pessoa tenta sempre ver o lugar das coisas e saber separar» [E2].

«Consigo separar senão já me tinha deitado da ponte abaixo [risos]. Você sabe que eu sou brincalhona, mas olhe que o humor também diz muita coisa... Temos de saber lidar, cada pessoa é um mundo» [E6].

Perante isto, estas profissionais elegeram uma série de pontos positivos e negativos que encontram diariamente na sua profissão. Aqui as respostas são diversas, mas no âmbito dos aspetos positivos é de salientar a importância do trabalho que prestam e o sentimento de que foram úteis para o idoso. Enquanto pontos negativos são apontados o desgaste físico e psicológico, o relacionamento com os familiares e colegas de trabalho, assim como a invisibilidade que sentem devido à preocupação residir apenas no idoso.

«Mais positivos... sei lá... Acho que é tudo. Olhe eu tenho um bom ambiente de trabalho, tenho duas chefes que também são boas não me posso queixar, mais... o dinheirinho ao fim do mês que também nunca faltou e que é essencial... Os negativos às vezes é aquelas coisas que às vezes a gente tem com as colegas, mas passa tudo... Os positivos superam tudo» [E1].

«Os positivos é, por exemplo, eu fiquei grávida aqui eu trabalhei grávida e elas fizeram-me carapins e essas coisas... e é bonito isso. E eu estou aqui há 14 anos e tenho idosos desde essa altura e isso é positivo. Os pontos mais negativos são os familiares, é lidar com os familiares» [E3].

«Os positivos são estar a fazer aquilo que gosto, eu adoro. Tenho pena da idade estar a avançar e me sentir cansada. Os negativos é o desgaste físico e psicológico, mas o que me incomoda mais é o físico, às vezes tenho de tomar pastilhas todos os dias. O psicológico lido bem» [E4].

«Positivo é... prestar um trabalho a alguém que precisa dele. Eu quando vou ali vou deixar melhor do que encontrei aquela pessoa. O negativo é porque eu acho que somos invisíveis na casa do utente, na instituição e na sociedade. Acho que somos usadas como uma ferramenta que não temos sentimentos... é sempre o utente, o utente, o utente. E ninguém se preocupa connosco» [E5].

«Honestamente? Olhe é o olhar que a pessoa nós dá, o reconhecimento que nós dá com um simples olhar ou aperto de mão. E é isso que compensa até porque isto é um trabalho que é muito de voluntariado, percebe? Nós damos muito. E saber que contribuímos de alguma maneira para a pessoa se sentir melhor é a parte, na minha perspetiva, que é a mais positiva. Há situações, até de utentes que estão em sofrimento terminal, em que num simples aperto de mão aquilo é um obrigada. É surdo, é mudo, mas sente-o [...] Ai o desgaste psicológico sem sobra de dúvida. É uma profissão que absorve muito a pessoa quer a nível físico quer a nível psicológico. É muito desgastante» [E6].

Dado o aumento da necessidade de apoio a idosos e do recurso crescente ao trabalho desenvolvido por parte destas profissionais, todas elas afirmaram que acreditam que o seu trabalho é de extrema importância, embora acreditem que é fortemente desvalorizado pela sociedade.

«Eu acho que é muito importante. Para já é gratificante, fico feliz porque posso ajudar alguém que precisa e a população cada vez mais idosa precisa que se cuide delas e os familiares não podem fazê-lo» [E2].

«Eu acho que o meu trabalho, tirando o de médicos que estudam e salvam vidas, eu acho que o meu trabalho é muito importante, mas as pessoas não vêm dessa forma. Para as pessoas nós limpamos o rabo a velhos... As pessoas não valorizam» [E3].

«Eu acho que o meu trabalho é muito importante até porque é uma alternativa à institucionalização. Eu acho o meu trabalho muito importante para a sociedade» [E6].

As perspetivas de futuro e os cuidados que desejam receber quando envelhecerem fez parte do leque de questões colocadas em situação de entrevista. O crescente número

de idosos e o aumento do recurso a estas profissionais leva-nos a múltiplas preocupações não somente concentradas sobre quem é alvo de cuidados mas também sobre quem cuida. Quando questionadas sobre estes aspetos, as respostas são diversas sendo que grande parte pretende receber os cuidados que hoje prestam. Algumas têm medo de envelhecer e atingir o grau de dependência de muitos daqueles que cuidam.

«Os mesmos que dou. Se tiver esses sou uma mulher feliz» [E1].

«Olhe eu vou-lhe dizer uma coisa se não for melhor, que me tratem como trato, mas também lhe digo que não quero passar o que eles passam, prefiro não estar cá para contar a história» [E3].

«Ai não sei... olhe preferencialmente em minha casa, porque nem todos têm a mesma sorte para a institucionalização. Mas preferia estar em minha casa» [E6].

«Não... Eu não quero é de maneira nenhuma é que os meus filhos ou outra pessoa estejam a cuidar de mim numa cama. Eu não me permito isso. Eu não quero chegar a uma situação dessas, eu não me permito chegar a isso» [E7].

«Gostava de receber estes... apesar de dizer que quando estiver assim para me meterem num lar, mas eu sei que não vai ser fácil porque a minha reforma vai ser uma ninharia e não tenho dinheiro para um lar e se esperar pelos lares do Estado bem que morro em casa, e isso assusta-me muito. O meu medo maior é ficar dependente, e sei que os filhos não vão deixar de trabalhar...» [E4].

Qual o futuro destas profissionais e desta profissão? Ora, apenas uma das entrevistadas não pretende continuar a cuidar de idosos devido a motivos de saúde, as restantes irão permanecer nesta profissão. O enfoque na saúde deve ser tido em consideração, uma vez que o desgaste psicológico e físico foi uma constante nas conversas com estas profissionais. A procura, por parte de uma delas, de uma nova profissão leva-nos a questionar sobre a própria imprevisibilidade do futuro e sobre o desgaste que estas profissionais têm de lidar. Estarão elas e as restantes entidades de apoio a idosos preparadas para o aumento da carga de trabalho em consequência do crescimento do envelhecimento?

Considerações finais

Através da presente investigação é possível elencar uma série de notas conclusivas, em que foi meu principal intento elaborar um contributo, ainda que reduzido, para a Sociologia do Envelhecimento no âmbito dos estudos que têm vindo a ser realizados no que respeita à dependência dos mais velhos. Nesta medida, foi registado que o processo de envelhecimento e a forma como as diversas entidades formais e informais se combinam para dar resposta a esta problemática são múltiplas.

No que concerne às respostas dirigidas por parte dos Estados-providência, da Família, do Mercado e do Terceiro Setor, foi possível verificar que as suas linhas de ação se revelam profundamente díspares nos vários países europeus. Se na Alemanha o Estado complementa a Família, por sua vez na Dinamarca ou Suécia a Família complementa o papel preponderante do Estado. Já o Reino Unido apresenta plataformas mínimas de proteção aos mais velhos. Estas diretrizes reproduzem-se em políticas sociais diversas que representam sérios impactos na forma como se vive a velhice e a dependência. Se nos países da Europa do Sul, nos quais Portugal se encontra incluído, o cuidador informal perdura enquanto uma importante fonte de apoio, continuando a ser a primeira entidade convocada a intervir, nos países a Norte da Europa verifica-se um intenso desenvolvimento dos cuidados formais. O continente europeu está envelhecido e as políticas sociais implementadas têm procurado fazer face a essa realidade, desejando não somente fazer aumentar os índices de natalidade, como melhorar a qualidade de vida dos seus idosos, em que se patenteia insuficiente que os indivíduos vivam mais anos, mostrando-se fundamental que usufruam deles com as condições que merecem. É possível verificar que nos países do Norte da Europa o sistema de cuidados formal se encontra extensivamente mais desenvolvido, principalmente os LTC. Todavia, é de registar que nos países do Sul da Europa tem-se assinalado um aumento dos cuidadores formais de idosos ou para substituir ou para complementar o trabalho produzido por parte dos familiares e/ou cuidadores informais. Ainda assim, nestes países, a coabitação com pais idosos e o predomínio dos cuidados informais e/ou de familiares continuam a ser encarados enquanto uma obrigação moral, perdurando a convicção “*filho és, pai serás*” (Pimentel, 2013).

A realidade portuguesa, tal como foi descrito anteriormente, apesar das suas especificidades em que várias políticas formais têm emergido, vai de encontro ao que se verifica em vários países europeus, nomeadamente do Sul da Europa. Em Portugal, o familismo encontra-se, ainda, muito presente, em que os cuidadores formais são convocados enquanto suporte ao trabalho que é prestado por parte de quem cuida a nível informal. Se por um lado, o nosso país viu aumentar, em grosso modo, as políticas de apoio dirigidas aos mais velhos, por outro lado ainda existe um longo caminho a percorrer. Sendo um país como Portugal, profundamente marcado pelo apoio a idosos por parte dos familiares, talvez escasseiem políticas que apoiem e protejam esses indivíduos que cuidam a par das políticas formais que têm vindo a surgir, essencialmente encabeçadas com a RNCCI. Em Portugal, e à imagem do que ocorre em vários contextos europeus, pretende-se evitar a institucionalização, mantendo o idoso na sua habitação, que é marcada e preenchida pelas lembranças, histórias e raízes de quem lá habita e, a par disso, o SAD tem ganho expressividade, daí o seu destaque nesta investigação, em que as IPSS's têm adotado uma postura fundamental nesse domínio. Contudo, e a par do que sustenta Paúl (1997), o SAD ainda carece de várias reestruturações de forma a permitirem que este serviço se realize de forma mais eficiente, assim “os *serviços de apoio domiciliário deviam ser extensivos a um maior número de idosos e incluir, para além dos tradicionais apoios na alimentação, higiene e limpeza, serviços de reforma e manutenção do próprio parque habitacional, condição quantas vezes indispensável para que o idoso se mantenha relativamente autónomo e a residir na comunidade*” (Paúl, 1997: 125). O Estado português continua assumir um papel residual, em que as parcerias público-privadas encontram-se massivamente implementadas, persistindo também o viés-monetarista. Apesar dos esforços ao nível dos apoios desenvolvidos para os nossos idosos, ainda muitos deles continuam a subsistir sem as apropriadas retaguardas de apoio e proteção. Remetendo-nos para o debate acerca da qualidade do serviço que é prestado, isto é, sendo um facto que no nosso país muito tem sido feito, mas até que ponto isso se reproduz em termos de qualidade? Receber o serviço e estar satisfeito com o mesmo, respondendo totalmente às expectativas e preferências do recetor de cuidados patenteia-se descoincidente.

No âmbito desta investigação e, para além do levantamento minucioso das políticas sociais que têm sido adotadas na Europa e especialmente em Portugal, também foi meu

desígnio perceber de que forma o idoso encara o apoio que lhe é fornecido a nível formal e informal e em que moldes vai de encontro às suas preferências. Ora, foi possível constatar que, primeiramente, os idosos alvo de estudo na presente investigação encontram-se numa situação de elevada dependência, em que para realizarem as suas AVD/ABVD requerem ajuda ou não conseguem fazer essas tarefas mesmo com auxílio de terceiros. O apoio formal e informal que é dirigido a estes idosos caracteriza-se pela separação de tarefas, em que são os cuidadores informais que passam mais horas com o idoso dirigindo-lhes um apoio mais instrumental, enquanto que o cuidado formal, encabeçado pelas profissionais dos serviços de apoio domiciliário, é massivamente pautado pelos cuidados de higiene, não descuidando o apoio emocional que exercem, ainda que reduzido devido à escassez de tempo. A feminização do cuidado, quer a nível formal quer informal, trata-se de outra informação bastante visível e que vai de encontro ao que muitos teóricos têm vindo a sustentar, sendo que não descurei a importância que o homem, principalmente o marido, também representa. Um outro aspeto de assinalar é que muitas ajudas, ainda, são realizadas, no nosso país a título voluntário, permanecendo assim ativas, as redes de solidariedade, uma vez que de todas as ajudas que os idosos alvo de inquérito recebem, apenas pagam monetariamente a ajuda prestada pelo SAD. A habitação dos idosos e os seus equipamentos reduzem-se ao simples e essencial, em que através dos equipamentos e suportes de apoio talvez se conseguisse, em certa medida, adormecer a dependência sentida, o que não acontece devido ao reduzido número de equipamentos e modernização dos mesmos. De destacar, ainda, a importância que as profissionais dos serviços de apoio domiciliário da LPSS representam para os idosos que carecem de cuidados. Em que foi possível verificar a necessidade e afinidade que existe entre idosos e estas cuidadoras, que vai para além do trabalho material.

Foi, também, minha intenção conhecer a perspetiva que as profissionais dos serviços de apoio domiciliário da LPSS têm sobre os cuidados que prestam a estes idosos. Procurando, assim, não me restringir à perspetiva do recetor mas também do prestador de cuidados. A tensão, por vezes existente, entre cuidadores informais e/ou familiares e cuidadoras do SAD foi registada, principalmente na interferência que existe no trabalho das cuidadoras formais por parte dos familiares. Estas técnicas dos serviços de apoio domiciliário não se apropriam totalmente do espaço da habitação do idoso e muitas

vezes prevalece a ideia do cuidador informal, em que a técnica do SAD tem de saber lidar da melhor forma possível, em que muitas vezes me era explicado empiricamente que *“há que ter noção que estamos em casa deles, e temos de nos seguir pelas regras deles”* (Nota de diário de campo, dia 10 de fevereiro). No que respeita aos cuidados realizados, existe quase que uma inevitabilidade do acionamento de outros papéis que vão para além do de cuidadora formal. Foi registado, ainda, que segundo estas técnicas, grande parte das dificuldades que sentem são as físicas devido ao esforço que esta profissão exige, sublinhando que os cuidados que prestam não suprem as necessidades que os idosos requerem. O stress e as frustrações são visíveis nestas técnicas, em que a imprevisibilidade do futuro se patenteia uma realidade. Se as políticas dirigidas aos idosos não se mostram suficientes, o mesmo sucede com as dirigidas aos cuidadores formais e/ou informais, que proclamam a necessidade de mais apoio. Assim, foi possível apreender que existe por parte do idoso uma grande dependência de cuidados, em que as políticas sociais ainda não se encontram devidamente ajustadas e em que, cada vez mais, existe uma intercomunicação entre cuidadores informais e/ou familiares e cuidadores formais, nomeadamente dos SAD, que procuram fornecer o melhor conforto, satisfação e bem-estar possível aos idosos. Tal como sustenta Fonseca (2012) *“nisto ou naquilo, o ser humano vai ficando menos capaz à medida que envelhece, mas tal nunca impedirá esse mesmo ser humano de se achar cada vez mais interessante”* (Fonseca, 2012: 104) e, é por isso, que estas entidades são tão importantes para eles e para nós sociedade.

Posto isto, a pesquisa que efetuei permitiu-me compreender e aprofundar todos os aspetos mencionados anteriormente e conhecer de perto estas realidades, que me conduziram muitas vezes a questionar o papel que o Sociólogo tem de assumir quando lida com pessoas nos estudos que produz. Com efeito, revelar-se-ia extremamente interessante, em trabalhos futuros, estender a amostra de estudo, nomeadamente aplicar inquéritos e entrevistas não somente com base numa instituição, mas em várias de modo a se conseguir estabelecer regularidades e cruzamentos. E, ainda, perceber a perspetiva que o cuidador informal tem sobre estes aspetos evidenciados, através da aplicação de entrevistas e histórias de vida também a estes cuidadores, entrelaçando assim, com as perspetivas e informações fornecidas por parte dos cuidadores formais, ou seja, pelas técnicas dos serviços de apoio domiciliário.

Referências bibliográficas

ACSS (2015) – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [em linha]. Local: Administração Central do Sistema de Saúde. [consultado 29.NOV.2015]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>.

ANDERSEN, Gosta Esping (2008) – *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press. ISBN 978-0-7456-0796-2.

ANTTONEN, Anneli; SIPILA, Jorma (1996) – *European Social Care Services: Is It Possible To Identify Models?* Journal of European Social Policy, vol.6, nº2, pp.87-100. [em linha]. Local: SAGE. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em <http://esp.sagepub.com/content/6/2/87.abstract>.

BONFIM, Catarina; VEIGA, Sofia (1996) – *Serviços de apoio domiciliário*. Lisboa: Direção Geral da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

CARNEIRO, Roberto et al (coord) (2012) – “Modelos futuros de respostas sociais numa perspectiva de inovação social”, em CARNEIRO, Roberto et al, *O envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. [em linha]. Local: Associação Portuguesa de Psicogerontologia. [consultado 5.DEZ.2015]. Disponível em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf.

CARTA SOCIAL (2014) – *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. ISBN 978-972-704-392-7.

CARVALHO, Maria; ALMEIDA, Maria (2014) – “Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal”, em *Contributos para um mapeamento da política social em Portugal: contexto histórico e suas medidas*

dirigidas às pessoas idosas no âmbito da segurança social. [em linha]. Local: Associação Portuguesa de Psicogerontologia. [consultado 5.DEZ.2015]. Disponível em http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2014/07/Artigo_Contributo-para-o-desenvolvimento-de-um-modelo-de-prote%C3%A7%C3%A3o-social-na-velhice-em-Portugal_M%C2%AAIC-e-MJA.pdf.

CERQUEIRA, Maria (2005) – *O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidades-dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-49-2.

CONSTITUIÇÃO PORTUGUESA (2005) – *Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional*. [em linha]. Local: Assembleia da República. [consultado 18.OUT.2015]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

COSTA, António Firmino da (2014) – “A pesquisa de terreno em Sociologia”, em SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira, *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento. ISBN 978-972-36-0503-7.

COSTA, Maria (2002) – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-24-7.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2015) – *Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [em linha]. Local: Administração Central do Sistema de Saúde. [consultado 29.NOV.2015]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/38563865.pdf>.

DIAS, Isabel (2014) – *Encontro científico internacional - envelhecimento, família e políticas sociais*. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, I série, vol. 15, pp.219. [em linha]. Local: Repositório Aberto da UP. [consultado 17.OUT.2015]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/8328>.

ERS (2015) – *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. [em linha]. Local: Entidade Reguladora da Saúde. [consultado 19.NOV.2015]. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS -
_Estudo Cuidados Continuados - vers o final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1647/ERS_-_Estudo_Cuidados_Continuados_-_vers_o_final.pdf).

EUROPEAN COMMISSION (2015) – *The 2015 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. [em linha]. Local: European Commission. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf.

EUROPEAN COMMISSION (2014) – *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. [em linha]. Local: European Commission. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf.

EUROPEAN COMMISSION (2012) – *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27*. ISBN 978-92-79-22990-9. [em linha]. Local: European Commission. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf.

EUROPEAN COMMISSION (2007) – *Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union*. [em linha]. Local: European Commission. [consultado 10.DEZ.2015]. Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf.

EUROSTAT (2016) – *Population and social conditions*. [em linha]. Local: Eurostat. [consultado 22.JAN.2016]. Disponível em <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

FERREIRA, Pedro Moura (2015) – *Envelhecimento e direitos humanos*. Conjectura, nº20, pp.183-197. [em linha]. Local: Repositório da Universidade de Lisboa.

[consultado 7.AGO.2016]. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20272/1/ICS_PMFerreira_Envelhecimento_ARI.pdf.

FERRERA, Maurizio; HEMERIJCK, Anton; RHODES, Martin (2000) – *O futuro da Europa Social: repensar o trabalho e a protecção social na nova economia*. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-774-086-3.

FINKEL, Alvin (2012) – *Mary Daly, Welfare*. Canadian Committee on Labour History, pp.245-247. [em linha]. Local: B-ON Biblioteca do Conhecimento Online. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=05dbc171-e076-4223-a66d-95b290c0f3bf%40sessionmgr4005&hid=4202&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=edsgea&AN=edsgcl.298292695>.

FONSECA, António M. (2012) – “Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento”, em PAÚL, Maria Constança; RIBEIRO, Óscar, *Manual de Gerontologia*. Lisboa/Porto: Lidel. ISBN 978-972-757-799-6.

GHIGLIONE, Rodolphe (2005) – *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-774-120-7.

INE (2011) – *Censos 2011 resultados definitivos: Portugal*. ISBN 978-989-25-0181-9.

LEWIS, Jane (1997) – *Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts*. Oxford University Press, vol.4, 2ª.ed., pp.160-177. [em linha]. Local: Oxford Journals. [consultado 16.OUT.2015]. Disponível em <http://sp.oxfordjournals.org/content/4/2/160.abstract>.

LOPES, Alexandra (2013) – “New approaches to familism in the management of social policy for old age in Portugal”, em TROISI, Joseph; KONDRATOWITZ, Hans-

Joachim von (eds), *Ageing in the Mediterranean*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-44730-106-6.

LOPES, Alexandra; LEMOS, Rute (2012) – *Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa*. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, Número temático, pp. 13-31. [em linha]. Local: Repositório Aberto da UP. [consultado 24.OUT.2015]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64663/2/alexandralopesenvelhecimento000175408.pdf>.

LOPES, Alexandra (2006) – “Social Protection in Old Age in Portugal: a System Overview”, em LOPES, Alexandra, *Welfare arrangements, safety nets and familial support for the elderly in Portugal*. [em linha]. Local: Repositório Aberto da UP. [consultado 24.OUT.2014]. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/5041.pdf>.

LOPES, Alexandra (2005) – *Familialism and financial resources in old age: setting the sense for the use of long-distance assisted mechanisms in Portugal*. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, 15, pp.349-369. [em linha]. Local: Repositório Aberto da UP. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/13760>.

LPPS (2016) – *Liga Portuguesa de Profilaxia Social*. [em linha]. Local: LPPS. [consultado 4.AGO.2016]. Disponível em <http://www.lpps.pt>.

MAO, Steffen (2004) – *Welfare Regimes and the Norms of Social Exchange*. Current Sociology, vol.52, nº1, pp.53-74. [em linha]. Local: SAGE. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em <http://csi.sagepub.com/content/52/1/53.abstract>.

MARTINS, Rosa (2006) – *Envelhecimento e políticas sociais*. Revista do ISPV, n.º 32, pp. 126-140. [em linha]. Local: IPV. [consultado 10.JUN.2016]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/408>.

NOGUEIRA, João Miguel (2009) – *Carta social: rede de serviços e equipamentos: A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. ISBN 978-972-704-348-4.

OECD (2011) – *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing, pp. 1-8. [em linha]. Local: OECD. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf>.

PAÚL, Maria Constança (1997) – *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-1000-7.

PAVOLINI, Emmanuele; RANCI, Costanzo (2008) – *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*. Journal of European Social Policy, vol.18, nº3, pp.246-259. [em linha]. Local: SAGE. [consultado 23.OUT.2015]. Disponível em <http://esp.sagepub.com/content/18/3/246.abstract>.

PIMENTEL, Luísa (2013) – *Filho és pai serás: cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-94-0.

PIMENTEL, Luísa (2008) – *Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. VI Congresso Português de Sociologia, Mundos Sociais: Saberes e Práticas. [em linha]. Local: APS. [consultado 8.JUN.2016]. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/259.pdf>.

QUARESMA, Maria de Lourdes (2004) – *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: CESDET - Cooperativa de Ensino Superior de Desenvolvimento Social Económico e Tecnológico. ISBN 972-8308-06-X.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT Luc Van (2008) – *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva. ISBN 978-972-662-275-8.

RANCI, Costanzo; PAVOLINI, Emmanuele (2015) – *Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe*. Journal of European Social Policy, vol.25, nº3, pp. 270-285. [em linha]. Local: SAGE. [consultado 18.OUT.2015]. Disponível em <http://esp.sagepub.com/content/early/2015/06/17/0958928715588704.abstract>.

RIBEIRO, Óscar (2005) “Quando o cuidador é um homem: envelhecimento e orientação para o cuidado”, em PAÚL, Constança; FONSECA, António *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-185-1.

RODRIGUES, Ricardo; HUBER, Manfred; LAMURA, Giovanni (eds.) (2012) – *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna. [em linha]. Local: Eurocentre. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf.

SAINSBURY, Diane (1994) - "Women's and men's social rights: gendering dimensions of welfare states", em SAINSBURY, Diane, *Gendering Welfare States*. London: Sage Publications. ISBN 0-8039-7853-7.

SANTANA, et al. (2014) – *Integration of care systems in Portugal: anatomy of recente reforms*. International Journal of Integrated Care, vol. 14. [em linha]. Local: IJIC. [consultado 2.ABR.2016]. Disponível em <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.989/>.

SANTANA, et al. (2007) – *The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision*. International Journal of Integrated Care, vol. 7. [em linha]. Local: IJIC. [consultado 2.ABR.2016]. Disponível em <http://www.ijic.org/>.

SANTOS, Silmene Alves dos (2015) – *Trabalho Docente, Família e Vida Pessoal: Permanências, Deslocamentos e Mudanças Contemporâneas*. Jundiaí: Paco Editorial. ISBN 978-85-8148-921-6.

SÃO JOSÉ, José de (2012) – *A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas: complexidades, desigualdades e preferências*. Sociologia, Problemas e Práticas, nº69, pp.63-85. [em linha]. Local: Sociologia, Problemas e Práticas. [consultado 7.AGO.2016]. Disponível em <http://spp.revues.org/835>.

SÃO JOSÉ, José de (2012) – *Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso*. Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, pp. 123-150. [em linha]. Local: Ler Letras. [consultado 7. JUN.2016]. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10584.pdf>.

SCHMITZ, Susanne (1997) – *Gender, Equality, and Welfare States: book reviews*. Labor History, vol.38, pp.342-343. [em linha]. Local: B-ON Biblioteca do Conhecimento Online. [consultado 19.OUT.2015]. Disponível em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=05dbc171-e076-4223-a66d-95b290c0f3bf%40sessionmgr4005&hid=4202&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=edsgcl.20342814&db=edsgea>.

SCHUTT, Russell K. (1996) – “Guidelines for social researchers”, em SCHUTT, Russel K., *Investigating the social world: the process and practice of research*. Thousand Oaks: Pine Forge Press. ISBN 0-8039-9010-3.

SEGURANÇA SOCIAL (2016) – *Proteção Social das Pessoas Idosas*. [em linha]. Local: Segurança Social. [consultado 9.JAN.2016]. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas_junho2016.pdf/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4.

SEQUEIRA, Carlos (2007) – *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos (2006) – *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto. ISBN 978-989-558-083-5.

SILVA, Vera (2009) – *Para o estudo da entrevista*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN 978-972-772-937-1.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida (2004) – *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar. ISBN 972-43-0861-8.

TRIANAFILLOU, Judy; MESTHENEOS, Elizabeth (2013) – “The present and future health status of older people in the Mediterranean region”, em TROISI, Joseph; KONDRATOWITZ, Hans-Joachim von (eds), *Ageing in the Mediterranean*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-44730-106-6.

ANEXOS

Anexo 1: Tabela 1 – Indicadores da população (0-49 anos)

Grupo etário						
	0-14		15-24		25-49	
Anos						
Países	2003	2013	2003	2013	2003	2013
Bélgica	17,4	17,0	12,1	12,0	36,2	33,9
Bulgaria	14,5	13,6	13,7	10,9	35,1	35,1
República Checa	15,6	14,8	14,1	11,1	36,5	37,3
Dinamarca	18,8	17,4	11,1	12,8	35,9	32,8
Alemanha	15,0	13,1	11,5	10,9	37,1	34,1
Estónia	16,4	15,7	14,6	11,8	35,3	34,5
Irlanda	21,0	21,9	16,1	11,7	36,7	37,7
Grécia	15,5	14,7	13,6	10,6	36,3	35,9
Espanha	14,5	15,2	13,3	9,9	39,4	38,9
França metropolitana	18,6	18,4	13,0	11,9	35,0	32,5
Croácia	16,4	14,9	13,0	11,7	35,3	33,8
Itália	14,2	14,0	10,8	9,9	37,3	35,3
Chipre	21,0	16,4	15,7	15,0	35,7	37,6
Letónia	16,1	14,4	15,1	12,0	35,1	34,4
Lituânia	18,2	14,7	14,7	13,5	35,8	33,3
Luxemburgo	18,8	17,0	11,4	12,2	39,4	38,5
Hungria	16,1	14,4	13,7	12,1	36,1	35,5
Malta	18,7	14,6	14,8	13,2	34,9	33,8
Holanda	18,6	17,2	11,9	12,2	37,6	33,5
Áustria	16,5	14,4	12,1	12,1	38,0	35,8
Polónia	17,8	15,1	16,8	12,8	36,1	36,3
Portugal	16,1	14,8	13,3	10,7	36,7	35,4
Roménia	17,6	15,7	15,4	11,8	36,1	36,3
Eslovénia	15,0	14,5	14,0	10,5	38,3	36,6
Eslováquia	18,1	15,4	16,7	13,0	37,5	38,2
Finlândia	17,8	16,4	12,5	12,2	34,3	31,6
Suécia	18,0	16,9	11,7	12,9	33,8	32,8
Reino Unido	18,5	17,6	12,6	12,9	35,4	34,2

Fonte: EUROSTAT (2016)

Anexo 2: Tabela 2 – Indicadores da população (50-85+ anos)

Grupo etário								
	50-64		65-79		80-84		85+	
Anos								
Países	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013
Bélgica	17,3	19,5	13,0	12,3	2,3	2,9	1,6	2,4
Bulgaria	19,6	21,2	14,3	14,9	2,0	2,7	0,8	1,6
República Checa	19,9	20,0	11,2	12,9	1,8	2,3	1,0	1,6
Dinamarca	19,4	19,1	10,8	13,7	2,2	2,1	1,8	2,0
Alemanha	18,8	21,1	13,4	15,3	2,3	2,9	1,8	2,6
Estónia	17,9	20,0	13,0	13,3	1,7	2,8	1,2	1,9
Irlanda	15,1	16,4	8,5	9,3	1,5	1,6	1,1	1,3
Grécia	16,8	18,8	14,0	14,4	2,0	3,3	1,8	2,4
Espanha	15,9	18,4	13,0	12,2	2,3	2,9	1,7	2,5
França metropolitana	17,1	19,4	12,1	12,0	2,4	2,9	1,8	2,8
Croácia	18,5	21,3	14,2	13,9	1,8	2,7	0,9	1,6
Itália	18,7	19,7	14,4	14,9	2,5	3,3	2,1	3,0
Chipre	15,9	17,9	9,1	10,3	1,4	1,7	1,2	1,3
Letónia	17,9	20,4	13,1	14,1	1,6	2,8	1,1	1,9
Lituânia	16,3	20,2	12,3	13,4	1,6	2,9	1,0	1,9
Luxemburgo	16,3	18,4	11,0	10,1	1,7	2,2	1,3	1,7
Hungria	18,7	20,8	12,3	13,1	2,0	2,4	1,1	1,7
Malta	18,8	21,3	10,2	13,4	1,6	2,1	1,0	1,6
Holanda	18,1	20,3	10,4	12,6	1,9	2,3	1,4	1,9
Áustria	18,0	19,7	11,5	13,1	2,3	2,6	1,6	2,4
Polónia	16,4	21,4	10,5	10,6	1,4	2,2	0,9	1,5
Portugal	17,2	19,8	13,1	14,1	2,1	3,0	1,6	2,3
Roménia	16,7	20,0	12,1	12,5	1,2	2,4	0,8	1,4
Eslovénia	18,0	21,4	12,1	12,6	1,6	2,6	1,0	1,9
Eslováquia	16,2	20,3	9,3	10,1	1,4	1,8	0,7	1,2
Finlândia	20,1	21,0	11,7	13,8	2,1	2,7	1,6	2,3
Suécia	19,3	18,3	11,9	13,9	2,9	2,6	2,3	2,6
Reino Unido	17,6	18,1	11,6	12,5	2,4	2,4	1,9	2,3

Fonte: EUROSTAT (2016)

Anexo 3: Tabela 5 – Taxas de dependência, rendimento e condições de vida, por grupo etário (2009)

Taxa de dependência, rendimento e condições de vida, por grupo etário (2009)					
Grupo etário					
Países	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Bélgica	10,6	14,1	15,8	21,8	27,5
Bulgária	9,8	10,1	16,3	19,0	27,4
República Checa	8,3	13,4	17,3	23,9	34,3
Dinamarca	8,7	7,3	12,3	18,4	19,6
Alemanha	14,7	18,1	25,5	30,8	52,0
Estónia	13,3	18,6	28,1	35,7	41,3
Irlanda	8,4	11,5	13,2	19,5	22,6
Grécia	15,0	21,4	30,7	40,1	54,2
Espanha	8,8	11,0	15,5	22,8	33,2
França	12,8	17,9	24,1	35,8	45,7
Itália	11,6	16,6	21,8	33,5	39,3
Chipre	10,7	15,0	27,1	41,7	39,0
Letónia	10,7	16,5	23,3	25,0	35,3
Lituânia	14,1	14,8	21,7	31,3	41,5
Luxemburgo	12,3	14,4	12,7	16,1	23,6
Hungria	14,4	19,8	29,7	34,4	41,5
Malta	6,4	8,7	18,8	18,2	29,6
Holanda	8,3	9,3	12,5	14,8	20,5
Áustria	13,5	19,5	27,1	34,1	49,2
Polónia	14,9	18,2	26,0	29,5	38,6
Portugal	17,0	22,8	30,6	41,9	55,6
Roménia	10,3	20,8	24,3	31,2	36,9
Eslovénia	18,7	20,4	25,0	32,3	35,5
Eslováquia	24,1	29,8	43,7	55,8	63,0
Finlândia	10,5	13,4	19,3	31,7	37,1
Suécia	6,5	9,5	15,7	16,1	20,3
Reino Unido	16,4	16,7	22,2	21,8	29,6

Fonte: EC (2012)

Anexo 4: Tabela 6 – A opção mais adequada de cuidados para os pais dependentes, em percentagem (2007)

Países	Devem viver com um dos seus filhos	Os prestadores de serviços públicos ou privados devem visitar a sua casa a fim de lhes proporcionar os cuidados necessários	Um dos seus filhos deve visitar regularmente a sua casa para lhes proporcionar os cuidados necessários	Devem ir para um lar de idosos/ estrutura residencial	Depende	Nenhuma destas opções	Não sabe
EU-27	30%	27%	24%	10%	6%	1%	2%
Bélgica	17%	38%	22%	19%	4%	0%	0%
Bulgária	52%	11%	28%	5%	2%	0%	2%
República Checa	36%	11%	30%	13%	10%	0%	0%
Dinamarca	7%	58%	15%	14%	4%	1%	1%
Alemanha	25%	27%	30%	8%	8%	1%	1%
Estónia	30%	19%	31%	12%	7%	0%	1%
Grécia	49%	11%	38%	2%	0%	0%	0%
Espanha	39%	15%	19%	12%	9%	1%	5%
França	18%	46%	18%	12%	5%	0%	1%
Irlanda	19%	30%	23%	9%	13%	1%	5%
Itália	28%	30%	22%	7%	6%	4%	3%
Chipre	40%	21%	28%	9%	2%	0%	0%
Letónia	42%	11%	28%	9%	8%	1%	1%
Lituânia	47%	10%	27%	11%	3%	1%	1%
Luxemburgo	21%	32%	27%	15%	4%	0%	1%
Hungria	36%	12%	35%	11%	5%	0%	1%
Malta	25%	16%	29%	25%	4%	0%	1%
Holanda	4%	52%	20%	18%	5%	0%	1%
Áustria	17%	28%	30%	9%	12%	3%	1%
Polónia	59%	7%	27%	3%	2%	1%	1%
Portugal	44%	20%	15%	10%	5%	2%	4%
Roménia	56%	10%	23%	5%	3%	1%	2%
Eslovénia	29%	16%	17%	32%	4%	1%	1%
Eslováquia	47%	11%	28%	8%	5%	0%	1%
Finlândia	7%	51%	25%	13%	3%	1%	0%
Suécia	4%	60%	13%	20%	2%	0%	1%
Reino Unido	20%	34%	23%	10%	9%	2%	2%

Fonte: Eurobarometer (EC, 2007)

Anexo 5: Tabela 8 – Total de despesas públicas em LTC (previsões 2060)

Países	2060
Bélgica	5,4
Bulgária	0,9
República Checa	1,6
Dinamarca	8,5
Alemanha	3,3
Estónia	0,9
Irlanda	2,7
Grécia	2,8
Espanha	1,6
França	4,4
Itália	3,0
Chipre	0,3
Letónia	1,2
Lituânia	2,5
Luxemburgo	3,2
Hungria	1,6
Malta	1,7
Holanda	8,4
Áustria	3,0
Polónia	1,9
Portugal	0,6
Roménia	1,9
Eslovénia	3,2
Eslováquia	0,8
Finlândia	5,4
Suécia	6,8
Reino Unido	2,9
EU-27	3,6

(Medido em % de PIB)

Fonte: EC (2012)

Anexo 6: Inquérito por questionário.

“Sou velho, sou dependente e agora?”

O presente inquérito foi elaborado no âmbito do Mestrado em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Todas as respostas e respetiva análise e tratamento serão trabalhados apenas para fins académicos e, como tal, garanto o total anonimato e confidencialidade.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

I – Caracterização Sociodemográfica

1 – Sexo: F ☐ (1) M ☐ (2)

2 – Indique a sua data de nascimento: _____

3 – Assinale a opção correspondente ao seu estado civil:

Casado (a)	<input type="checkbox"/>	(1)
Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>	(2)
Viúvo (a)	<input type="checkbox"/>	(3)
Separado (a)	<input type="checkbox"/>	(4)
Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>	(5)
União de Facto	<input type="checkbox"/>	(6)

4 – Nacionalidade:

Portuguesa	<input type="checkbox"/>	(1)
Proveniente de país Africano das ex-Colónias	<input type="checkbox"/>	(2)
Outra	<input type="checkbox"/>	(3)

Qual? _____

5 – Concelho de naturalidade: _____

6 – Indique o último grau de estudos que concluiu:

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	(1)
Sabe ler e escrever, sem grau de ensino	<input type="checkbox"/>	(2)
Ensino básico (1º ciclo)	<input type="checkbox"/>	(3)

Ensino básico (2ºciclo)	<input type="checkbox"/>	(4)
Ensino básico (3ºciclo)	<input type="checkbox"/>	(5)
Ensino secundário (12ºano ou equivalente)	<input type="checkbox"/>	(6)
Ensino médio/bacharelato	<input type="checkbox"/>	(7)
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	(8)
Pós-graduação/curso de especialização	<input type="checkbox"/>	(9)
Mestrado	<input type="checkbox"/>	(10)
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	(11)
Pós-Doutoramento	<input type="checkbox"/>	(12)
Outro	<input type="checkbox"/>	(13)

Qual? _____

7 – Indique a sua condição perante o trabalho:

Exerce profissão a tempo inteiro	<input type="checkbox"/>	(1)
Exerce profissão a tempo parcial	<input type="checkbox"/>	(2)
Desempregado (a)	<input type="checkbox"/>	(3)
Estudante a tempo inteiro	<input type="checkbox"/>	(4)
Estudante trabalhador	<input type="checkbox"/>	(5)
Formando (a)	<input type="checkbox"/>	(6)
Frequenta um estágio	<input type="checkbox"/>	(7)
Executante das tarefas do lar	<input type="checkbox"/>	(8)
Reformado (a)	<input type="checkbox"/>	(9)
Incapacitado (a) para o trabalho	<input type="checkbox"/>	(10)
Outra situação	<input type="checkbox"/>	(11)

Qual? _____

8 – Qual é a sua profissão? _____

10 – Indique qual é a fonte dos seus rendimentos:

Remuneração de Trabalho	<input type="checkbox"/>	(1)
Pensão de reforma ou aposentação	<input type="checkbox"/>	(2)
Pensão de invalidez	<input type="checkbox"/>	(3)
Pensão de viuvez	<input type="checkbox"/>	(4)
Pensão de sobrevivência	<input type="checkbox"/>	(5)
Pensão social	<input type="checkbox"/>	(6)
Complemento por dependência	<input type="checkbox"/>	(7)
Dinheiro dado por familiares	<input type="checkbox"/>	(8)
Sem rendimentos	<input type="checkbox"/>	(9)
Outra	<input type="checkbox"/>	(10)

Qual? _____

11 – Qual o valor mensal dos seus rendimentos? _____

(Apenas em caso de não resposta à questão 11, passar para a pergunta 12)

12 – Indique o valor mensal dos seus rendimentos:

Menos de 250€	<input type="checkbox"/>	(1)
250-300€	<input type="checkbox"/>	(2)
300-400€	<input type="checkbox"/>	(3)
400-500€	<input type="checkbox"/>	(4)
500-750€	<input type="checkbox"/>	(5)
750-1000€	<input type="checkbox"/>	(6)
1000-1500€	<input type="checkbox"/>	(7)
Mais de 1500€	<input type="checkbox"/>	(8)

II – Apoio necessário e apoio recebido em Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q1. Vou começar por lhe perguntar até que ponto, no mês passado, teve ou não dificuldade em fazer algumas tarefas do dia-a-dia devido a um problema de saúde, física ou mental, ou alguma limitação relacionada com o avançar da idade. Vou-lhe mostrar este cartão [*Mostrar Cartão A*] e pedia-lhe por favor que me indicasse qual é a opção que melhor se aplica no seu caso para cada uma das tarefas que vou referir de seguida.

Para [*referir a primeira AVD/ABVD da lista*] observe este cartão e diga-me, por favor, a opção que melhor se aplica no seu caso. [*referir a primeira AVD/ABVD da lista anotar a opção de resposta dada pelo/a entrevistado/a e seguir o mesmo processo para cada uma das tarefas da lista AVD/ABVD*].

1. Deitar-se e/ou levantar-se da cama;
2. Lavar o rosto e as mãos;
3. Tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche;
4. Vestir-se ou despir-se, incluindo calçar os sapatos e as meias;
5. Ir à casa de banho para usar a sanita;

6. Comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos;
7. Tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas;
8. Deslocar-se dentro de casa;
9. Subir e descer escadas;
10. Sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido;
11. Fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras;
12. Fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa;
13. Tratar da papelada e/ou pagar as contas.

Notas para o Entrevistador:

- Não incluir a ajuda devido à utilização de material auxiliar ou equipamentos, tais como cadeiras de rodas ou elevadores de escadas.
- Para as últimas três tarefas (11-13): Não incluir a ajuda que foi sempre recebida devido à forma como é feita a divisão das tarefas familiares. Nas situações em que o/a entrevistado nunca fez a tarefa devido à divisão social das tarefas no espaço doméstico, o entrevistador deve perguntar: “Mas se tivesse de fazer acha que conseguiria?” ou “Mas se tivesse de fazer essa tarefa, qual a opção do cartão que escolheria?”
- Alternativas de enunciado da questão após ter questionado sobre a primeira tarefa: “Então e em relação a [AVD/ABVD]?” ou “Tendo em conta a seguinte tarefa [AVD/ABVD], observe este cartão e diga-me a opção que melhor se aplica no seu caso?”
- Na tarefa 7 referir para incluir medicamentos prescritos e medicamentos sem prescrição médica.

SE = 1 (NÃO TENHO DIFICULDADE EM FAZER SOZINHO/A) PARA TODAS AS TAREFAS, IR PARA QUESTÃO 4.

{PERGUNTAR A TODOS, EXCETO SE QUESTÃO 1 PARA TODAS AS TAREFAS = 1 (NÃO TENHO DIFICULDADE EM FAZER SOZINHO/A)}

Q2. Agora, gostaria de lhe perguntar se, no mês passado, recebeu a ajuda de alguém devido a um problema de saúde, física ou mental, ou alguma limitação relacionada com o avançar da idade, para fazer as tarefas de que falámos há pouco. Assim, no mês passado, e mesmo que normalmente não precise de ajuda, recebeu a ajuda de alguém para *[referir a primeira AVD/ABVD da lista anotar a opção de resposta dada pelo/a entrevistado/a e seguir o mesmo processo para cada uma das tarefas da lista AVD/ABVD]*?

1. Deitar-se e/ou levantar-se da cama;
2. Lavar o rosto e as mãos;
3. Tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche;
4. Vestir-se ou despir-se, incluindo calçar os sapatos e as meias;
5. Ir à casa de banho para usar a sanita;
6. Comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos;
7. Tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas;
8. Deslocar-se dentro de casa;
9. Subir e descer escadas;
10. Sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido;
11. Fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras;
12. Fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa;
13. Tratar da papelada e/ou pagar as contas.

Notas para o Entrevistador:

- Incluir a ajuda prestada mesmo que tenha sido durante um curto período de tempo ou dada pelo marido/ esposa/ companheiro/companheira ou outro familiar.
- Alternativas de enunciado da questão após ter questionado sobre a primeira tarefa: “E em relação a [AVD/ABVD]?” ou “Recebeu ajuda de alguém para [AVD/ABVD] no mês passado?”

- **SE SIM PARA ALGUMA TAREFA ENTRE 1 – 10, IR PARA QUESTÃO 4.**
- **SE NÃO PARA TODAS AS TAREFAS, IR PARA QUESTÃO 4.**
- **SE SIM APENAS PARA AS TAREFAS 11 E/OU 12 E/OU 13, E NÃO PARA AS RESTANTES TAREFAS, IR PARA QUESTÃO 3.**

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 2 SIM APENAS PARA (11) FAZER AS COMPRAS, INCLUINDO ESCOLHER O QUE QUER COMPRAR, LEVAR AS COMPRAS PARA CASA E DEPOIS ARRUMAR AS COMPRAS, E/OU (12) FAZER A LIMPEZA DA CASA E/OU TRATAR DA ROUPA, E/OU (13) TRATAR DA PAPELADA E/OU PAGAR AS CONTAS, OU SEJA, NÃO NAS RESTANTES TAREFAS}.

Q3. Recebe esta ajuda [*referir apenas a(s) tarefa(s) assinalada(s) pelo entrevistado/a na questão anterior: fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer*]

comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras/ para comprar produtos alimentares/ fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa/ tratar da papelada e/ou pagar as conta], devido a um problema de saúde, física ou mental, ou alguma limitação relacionada com o avançar da idade?

1. Sim, para algumas ou todas as tarefas;
2. Não, nenhuma desta ajuda é devida um problema de saúde, física ou mental, ou alguma limitação relacionada com o avançar da idade.

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q4. Permita que lhe pergunte, tem problemas de bexiga? Esses problemas de bexiga ou de incontinência podem acontecer em situações acidentais como ter perdas de urina, não chegar a tempo à casa de banho ou ter necessidade de utilizar fraldas ou pensos higiénicos.

1. Sim;
2. Não.

Notas para o Entrevistador:

-Se necessário referir: Inclua os problemas de bexiga provocados por medicamentos que esteja a tomar.

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q5. Agora gostaria de lhe perguntar, tem incontinência intestinal? Esses problemas de intestinos ou de incontinência podem acontecer em situações acidentais como ter perda de fezes, sujar a roupa, não chegar a tempo à casa de banho ou ter que utilizar fraldas ou outras coisas.

1. Sim;
2. Não.

Notas para o Entrevistador:

-Se necessário referir: Inclua os problemas de intestinos provocados por medicamentos que esteja a tomar.

- **SE QUESTÃO 2 = NÃO PARA TODAS AS TAREFAS, IR PARA QUESTÃO 38.**

III – Identificação dos cuidadores do domínio das AVD e ABVD

{PERGUNTAR PARA CADA UMA DAS TAREFAS QUE NA QUESTÃO 2 = SIM (RECEBEU AJUDA NO MÊS PASSADO)}

Q6. Disse-me há pouco que no mês passado teve ajuda para realizar algumas tarefas. Vou-lhe mostrar estes dois cartões [*Mostrar cartões B e C*] e pedia-lhe que me indicasse quem é que o/a ajudou.

Desta lista [*Mostrar cartão B*] quem é que o/a ajudou a [*referir a primeira AVD/ABVD que na Questão 2 = sim (recebeu ajuda no mês passado)*]. E desta lista [*Mostrar cartão C*] alguém o/a ajudou a [*referir a primeira AVD/ABVD que na Questão 2 = sim (recebeu ajuda no mês passado)*]?

[*após referir a primeira AVD/ABVD que na Questão 2 = sim (recebeu ajuda no mês passado), mostrar primeiro o cartão B, registar a resposta do/a entrevistado/a e de seguida mostrar o cartão C; seguir o mesmo procedimento para cada uma das AVD/ABVD que na Questão 2 = sim (recebeu ajuda no mês passado)*].

Notas para o Entrevistador:

- Em casos quer de limitações físicas que impossibilitem o idoso de ler os cartões, quer de iliteracia, o entrevistador deve ler os cartões apenas para a primeira tarefa. Para as tarefas seguintes “Das pessoas que eu lhe referi, quem o/a ajudou a...”
- Se necessário, sobretudo para sair de casa/fazer as compras alimentos / fazer a limpeza da casa ou tratar da roupa /tratar da papelada ou pagar as contas: “Considere, por favor, apenas a ajuda recebida devido a um problema de saúde, física ou mental, ou alguma limitação relacionada com o avançar da idade”.
- Codificar todas as opções que se aplicam.

- SE CARTÃO B = 11 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS) E CARTÃO C = 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO), IR PARA QUESTÃO 10, INDEPENDENTEMENTE DE OUTRAS OPÇÕES SELECIONADAS NO CARTÃO C.
- SE CARTÃO B = 11 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS) E SE CARTÃO C ≠ 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO), IR PARA QUESTÃO 13.
- SE CARTÃO B APENAS = 10 (VIZINHO/A), IR PARA A QUESTÃO 9, INDEPENDENTEMENTE DAS OPÇÕES SELECIONADAS NO CARTÃO C.

- SE CARTÃO B \neq APENAS 10 (VIZINHO/A) OU DE 11 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS), IR PARA QUESTÃO 7, INDEPENDENTEMENTE DAS OPÇÕES SELECIONADAS NO CARTÃO C.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO B SE = 1,2,3,4,5,6,7,8 E/OU 9}

Q7. Disse-me que o/a seu/sua [*prestador de cuidados*] o/a ajudou. Ele/ela vive consigo? [*se houver mais do que uma pessoa que ajuda numa categoria, perguntar até um total de três por categoria*]. [*Repetir a pergunta para cada um dos prestadores de cuidados*]

1. Sim;
2. Não.

Notas para o Entrevistador:

- Quando existem vários prestadores de cuidados informais, o entrevistador poderá perguntar o primeiro nome de cada um, de modo a que nas questões seguintes se refira a eles pelo nome de forma a distingui-los.

- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 4, 5, 6, 7, 8 E/OU 9, IR PARA QUESTÃO SEGUINTE, INDEPENDENTEMENTE DE OUTRAS OPÇÕES SELECIONADAS.
- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 1, 2 E/OU 3 E SE = 10 (VIZINHO/A), IR PARA QUESTÃO 9.
- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 1, 2 E/OU 3 E SE CARTÃO C = 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO), IR PARA QUESTÃO 10.
- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 1, 2 E/OU 3 E SE CARTÃO C \neq 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO), IR PARA QUESTÃO 13.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 4, 5, 6, 7, 8 E/OU 9}

Q8. [*inserir o código se for óbvio em função da pergunta anterior ou perguntar*] Em relação à(s) pessoa(s) que me disse que o/a ajuda(m), queria perguntar-lhe se é (são) do sexo feminino ou masculino?

1. Masculino;
2. Feminino.

- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 10 (VIZINHO/A), IR PARA QUESTÃO SEGUINTE.
- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B \neq 10 (VIZINHO/A) E CARTÃO C \neq 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO), IR PARA QUESTÃO 13.

- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO C = 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO) E SE CARTÃO B \neq 10 (VIZINHO), IR PARA QUESTÃO 10.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO B = 10 (VIZINHO)}

Q9. Em relação ao/à(s) vizinho/a(s) que me disse que o/a ajuda(m), queria perguntar-lhe se é/são do sexo feminino ou masculino?

Notas para o Entrevistador:

- Quando existem vários vizinhos, poderá perguntar o primeiro nome de cada um, de modo a que nas questões seguintes se refira a eles pelo nome, de forma a distingui-los.

- SE NA QUESTÃO 6 CARTÃO C \neq 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO), IR PARA QUESTÃO 13.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 6 NA LISTA DO CARTÃO C = 1 (PROFISSIONAL DOS SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO)}

Q10. Disse-me que um profissional dos serviços de apoio domiciliário o/a ajudou no mês passado. Tem apenas uma pessoa a ajudá-lo/a ou tem mais do que uma pessoa?

1. Uma;
2. Mais do que uma pessoa;
3. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

- SE = 1 (UMA) OU 3 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO 13.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 10= 2 (MAIS DO QUE UMA PESSOA AJUDA)}

Q11. E essas pessoas, ajudam nas mesmas tarefas ou tem pessoas diferentes a ajudá-lo/a a fazer tarefas diferentes?

1. Ajudam todos a fazer o mesmo tipo de tarefas;
2. Pessoas diferentes ajudam a fazer tarefas diferentes;
3. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

- SE = 1 (AJUDAM TODOS A FAZER O MESMO TIPO DE TAREFAS) OU 3 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO 13.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 11= 2 (PESSOAS DIFERENTES AJUDAM A FAZER TAREFAS DIFERENTES)}

Q12. Queria que pensasse nesses Profissionais dos Serviços de Apoio Domiciliário que o/a ajudam a fazer tarefas diferentes. Em relação à primeira pessoa, das tarefas que lhe vou ler, diga-me em quais essa pessoa o/a ajuda. [*Repetir a pergunta até 3 pessoas*]

1. Levantar-se da cama de manhã;
2. Deitar-se;
3. Lavar-se/tomar banho/ cuidados de higiene pessoal;
4. Comer, incluindo cortar os alimentos;
5. Sair de casa/ ir às compras;
6. Fazer a limpeza/ tratar da roupa;
7. Outras;
8. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

IV – Intensidade dos cuidados recebidos (horas)

Notas para o Entrevistador:

- Na restante parte do módulo, os prestadores de cuidados devem ser referidos da seguinte forma pelo entrevistador:

- a) Os prestadores de cuidados informais serão referidos pelo seu nome próprio, recolhido nas Questões 7 e/ou 9, ou de acordo com o grau de parentesco em relação ao/à entrevistado/a.
- b) Os profissionais de prestação de cuidados ao domicílio serão referidos de acordo com a tarefa que realizam, caso sejam vários. Caso seja apenas um, ou caso sejam vários, mas todos ajudam a fazer o mesmo tipo de tarefas, então serão referidos como "profissional dos serviços de apoio domiciliário" - o entrevistador pode começar a utilizar o termo que o/a entrevistado/a preferir.
- c) Para todos os outros identificados na Questão 6, ou seja, prestadores de cuidados formais, sugere-se que se faça o preenchimento de texto com a profissão em vez de se proceder à recolha dos respetivos nomes, por isso o preenchimento de texto seria, por exemplo: "a pessoa que o vem ajudar voluntariamente/ a mulher-a-dias".

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 NO CARTÃO B E NO CARTÃO C}

Q13. Vou agora fazer-lhe perguntas sobre o número de horas de cuidados que recebe. Assim, pensando na semana passada e na(s) pessoas(s) que me disse que o/a ajudou/ajudaram, quantas horas é que essa/cada uma dessa(s) pessoa(s) o/a ajudou/ajudaram pessoalmente nas tarefas que estivemos a ver. Vou-lhe mostrar este cartão [*Mostrar cartão D*] e pedia-lhe que me dissesse qual a opção mais adequada. **[INCLUIR PARA PRESTADORES INFORMAIS]** Pense, por favor apenas nas horas que essas pessoas estiveram a ajudá-lo e não no tempo em que estiveram em sua casa por exemplo a fazer-lhe companhia. Na semana passada quantas horas o/a ajudou o [*prestador de cuidados*]? [*Repetir a pergunta para cada um dos prestadores de cuidados*]

Notas para o Entrevistador:

- Explicar, se necessário: não se trata de ajuda dada através do telefone ou da internet, ou de um recado ocasional ou biscoito que raramente tem de ser feito.
- Se necessário deve arredondar, por exemplo, se 4,5 horas, código 1-4 horas.
- Se 2 pessoas ajudaram ao mesmo tempo, introduzir o dobro das horas.
- Se o profissional de apoio domiciliário trabalha em regime 'interno'/ 'dorme na casa do/a entrevistado/a, incluir todas as horas em que estão de serviço.

- SE =10 (NÃO SABE), IR PARA A QUESTÃO SEGUINTE.
- SE =1 (NENHUMA AJUDA NA SEMANA PASSADA), IR PARA A QUESTÃO 15.
- SE = 2,3,4,5,6,7,8, OU 9, IR PARA QUESTÃO 16.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 NO CARTÃO B E NO CARTÃO C SE NA QUESTÃO 13= 10 (NÃO SABE)}

Q14. Peço desculpa por insistir, mas esta questão para nós é muito importante. Se em vez deste cartão [*Retirar cartão D*] lhe mostrar este [*Mostrar cartão E*], diga-me se já consegue responder. Na semana passada quantas horas o/a [*prestador de cuidados*] o/a ajudou? [*Repetir a pergunta para cada um dos prestadores de cuidados*]

- SE = 4 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO 16.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 NO CARTÃO B E NO CARTÃO C SE NA QUESTÃO 13= 1 (NENHUMA AJUDA NA SEMANA PASSADA)}

Q15. Disse-me que não recebeu ajuda de [*prestador de cuidados*] na semana passada. Mas numa semana normal, qual a frequência com que ele/ela o costuma ajudar? [*Mostrar Cartão F*] [*Repetir a pergunta para cada um dos prestadores de cuidados*]

Notas para o Entrevistador:

- Explicar, se necessário: não se trata da ajuda dada através do telefone ou da internet.

V) Padrões de cuidados recebidos

Notas para o Entrevistador:

SELECIONAR OS DOIS PRESTADORES COM MAIS HORAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA SEMANA PASSADA IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 13 OU 14. Quando o segundo e terceiro prestador têm igual nº de horas será dada prioridade:

- ao prestador de cuidados formal, caso um seja formal e outro informal;
- a um prestador de cuidados co-residente se forem ambos informais;
- ao prestador de cuidados com mais idade, quando ambos pertencerem a uma mesma categoria da lista dos prestadores informais;
- ao prestador de cuidados mais próximo do topo da lista do cartão C na Questão 6, se forem ambos formais;
- se ambos os prestadores pertencerem à categoria de Profissional de Serviços de Apoio Domiciliário, seleccionar o que ajuda na realização das tarefas pessoais (levantar-se, deitar-se, lavar-se) identificado na questão 12;
- se ambos os prestadores pertencerem à categoria de Profissional de Serviços de Apoio Domiciliário e ambos ajudam na realização de tarefas pessoais, seleccionar o primeiro Profissional de Serviços de Apoio Domiciliário referido pelo/a entrevistado/a na Questão 12.

Se o inquirido tiver declarado que não sabe qual o número de horas de cuidados recebidos dos cuidadores identificados, usar para seleção apenas a regra da proximidade ao topo da lista nos cartões B e C, dando prioridade aos prestadores formais (cartão C).

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS DOIS PRESTADORES COM MAIS HORAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA SEMANA PASSADA OU PERGUNTAR AO ÚNICO PRESTADOR DE CUIDADOS IDENTIFICADO NA QUESTÃO 6, SE NA QUESTÃO 13 \neq 1 (NENHUMA AJUDA NA SEMANA PASSADA)}

Q16. Pensando apenas na ajuda que lhe foi prestada, com que frequência é que o/a [*prestador de cuidados*] o/a ajudou na semana passada? [*Mostrar cartão G*] [*Repetir a pergunta para o prestador 2*]

Notas para o Entrevistador:

- Não incluir ajuda dada através do telefone ou da internet.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS DOIS PRESTADORES COM MAIS HORAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA SEMANA PASSADA OU PERGUNTAR AO ÚNICO PRESTADOR DE CUIDADOS IDENTIFICADO NA QUESTÃO 6, SE NA QUESTÃO 13 ≠ 1 (NENHUMA AJUDA NA SEMANA PASSADA)}

Q17. Na semana passada, nos dias em que o/a [*prestador de cuidados*] o/a ajudou, quantas vezes é que o fez? Deste cartão, por favor indique qual a opção que se aplica.
[Mostrar cartão H] [Repetir a pergunta para o prestador 2]

Notas para o Entrevistador:

- Se variou de um dia para o outro, pedir ao/à entrevistado/a que responda em função do padrão mais comum.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS DOIS PRESTADORES COM MAIS HORAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA SEMANA PASSADA OU PERGUNTAR AO ÚNICO PRESTADOR DE CUIDADOS IDENTIFICADO NA QUESTÃO 6, SE NA QUESTÃO 13 ≠ 1 (NENHUMA AJUDA NA SEMANA PASSADA)}

Q18. E agora, pensando apenas na ajuda que lhe foi prestada na semana passada, quando é que o/a [*prestador de cuidados*] o/a ajudou? Vou-lhe mostrar este cartão e pedia-lhe por favor que me dissesse qual a sua opção **[Mostrar Cartão I] [Repetir a pergunta para o prestador 2]**

Notas para o Entrevistador:

- Explicar se necessário: não incluir ajuda dada através do telefone ou da internet.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS DOIS PRESTADORES COM MAIS HORAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA SEMANA PASSADA OU PERGUNTAR AO ÚNICO PRESTADOR DE CUIDADOS IDENTIFICADO NA QUESTÃO 6, SE NA QUESTÃO 13 ≠ 1 (NENHUMA AJUDA NA SEMANA PASSADA)}

Q19. Na semana passada o/a [*prestador de cuidados*] ajudou-o/a... **[ler as opções de resposta em voz alta]... [Repetir a pergunta para o prestador 2]**

1. Apenas durante a semana;
2. Apenas durante o fim de semana;
3. Ou durante a semana e ao fim de semana.

VI – Pagamentos dos cuidados

Notas para o Entrevistador:

Existem duas rotas na secção dedicada aos pagamentos:

ROTA A: Prestadores de cuidados contratualizados através de serviços públicos ou equivalentes (aqui incluem-se as IPSS com contratos de prestação com o Estado).

ROTA B: Prestadores de cuidados contratualizados pelo próprio ou família/amigos e cuidadores informais.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 2 = SIM (RECEBEU AJUDA NO MÊS PASSADO PARA UMA OU MAIS TAREFAS)}

Q20. Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre o pagamento pelos cuidados que recebe. Normalmente costuma tratar sozinho do pagamento pelos cuidados que lhe são prestados ou é um familiar ou um amigo/a que trata do pagamento por si? [*Registar resposta espontânea do entrevistado/a*]

1. É o/a entrevistado/a que trata de tudo sozinho/a;
 2. O/A entrevistado/a tem noção de algumas coisas relativas ao pagamento dos cuidados, mas não de tudo;
 3. O/A entrevistado/a não trata deste assunto;
 4. O entrevistado/a não paga nada pelos cuidados recebidos.
- **SE = 1 (É O/A ENTREVISTADO/A QUE TRATA DE TUDO SOZINHO/A), IR PARA QUESTÃO 22.**
 - **SE = 4 (O ENTREVISTADO/A NÃO PAGA NADA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS), IR PARA QUESTÃO 22.**
 - **SE =2 (O/A ENTREVISTADO/A TEM NOÇÃO DE ALGUMAS COISAS RELATIVAS AO PAGAMENTO DOS CUIDADOS, MAS NÃO DE TUDO) OU 3 (O/A ENTREVISTADO/A NÃO TRATA DESTE ASSUNTO), IR PARA QUESTÃO SEGUINTE.**

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 20= (2) OU (3)}

Q21. E diga-me, a pessoa que trata dos pagamentos está em casa? [*Se estiver em casa*]
Se concordar, será que ele/ela poderia ajudar a responder a esta secção de perguntas?
[*Se o entrevistado/a concordar e se essa pessoa estiver disponível, continuar com esta*

secção, fazendo as perguntas ao entrevistado e à pessoa por este escolhida. Caso ninguém esteja disponível, continuar com esta secção somente com o entrevistado/a]

1. Sim, a pessoa que trata dos pagamentos está em casa e participa na entrevista;
2. Não, a pessoa não está em casa ou não está disponível.

Notas para o Entrevistador:

- Nas seguintes perguntas é utilizada a expressão a autarquia local/ Junta de freguesia / Câmara / segurança social e os mesmos termos são usados ao longo deste módulo.
- Se o entrevistador chegou a uma conclusão em relação ao modo como o/a entrevistado/a se refere a estes serviços pode utilizar a designação dada pelo/a entrevistado/a.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 2 = SIM (RECEBEU AJUDA NO MÊS PASSADO PARA UMA OU MAIS TAREFAS)}

Q22. Gostaria de lhe perguntar se recebe o Complemento por dependência. Trata-se de um subsídio que a segurança social atribui a algumas pessoas, que precisam de apoio, para as ajudar nas suas necessidades de cuidados.

1. Sim;
2. Não;
3. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

Notas para o Entrevistador:

- Incluir apenas o complemento de dependência. Não incluir outros pagamentos, por exemplo, de uma pensão ou de benefícios, tais como complemento solidário para o idoso ou complemento extraordinário de solidariedade.
- Anteriormente este apoio designava-se subsídio por assistência de terceira pessoa. Alguns entrevistadores poderão se referir ao complemento por dependência utilizando a designação anterior.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 2 = SIM (RECEBEU AJUDA NO MÊS PASSADO PARA UMA OU MAIS TAREFAS)}

Q23. Vou agora perguntar-lhe se alguma vez teve de apresentar documentos sobre os seus rendimentos à segurança social, à Junta de freguesia ou Câmara, ou alguma instituição ou assistente social por causa dos cuidados que recebe?

1. Sim;
2. Não;
3. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

Notas para o Entrevistador:

- Explicar, se necessário: A apresentação de rendimentos serve para que as instituições façam uma avaliação de rendimentos. Esta poderá ter sido feita quando submeteu o pedido de complemento por dependência ou quando solicitou algum tipo de serviço de apoio.

- SE QUESTÃO 6 CARTÃO C= 1,2,3,4,5,6 E/OU 7, IR PARA QUESTÃO SEGUINTE, INDEPENDENTEMENTE DA OPÇÃO SELECIONADA NA QUESTÃO 6 CARTÃO B.
- SE QUESTÃO 6 CARTÃO B= 1,2,3,4,5,6,7,8,9 E/OU 10 E SE QUESTÃO 6 CARTÃO C = 8 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS), IR PARA QUESTÃO 31.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 NO CARTÃO C, OU SEJA, QUESTÃO 6 CARTÃO C = 1,2,3,4,5,6, E/OU 7}

Q24. Como é que a ajuda que recebe do/a [*prestador de cuidados*] foi organizada? Observe este cartão e diga-me qual é a opção que se aplica. [*Mostrar Cartão J*] [*Repetir a pergunta para cada prestador de cuidados*]

- SE = 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE EM PRESTA OS CUIDADOS) PARA TODOS OS PRESTADORES PASSAR PARA A QUESTÃO 31.
- SE = 4 (OUTRO) OU 5 (NÃO SABE) PARA TODOS OS PRESTADORES IR PARA QUESTÃO 36.
- PARA QUALQUER OUTRA POSSIBILIDADE DE RESPOSTA IR PARA QUESTÃO SEGUINTE.

ROTA A: Prestadores de cuidados contratualizados através de serviços públicos ou equivalentes (aqui incluem-se as IPSS com contratos de prestação com o Estado), ou seja, prestadores identificados na Questão 6 cartão C para os quais Questão 24=2 (Recebo estes cuidados de um serviço da segurança social e/ou centro de saúde) ou 3 (Recebo estes cuidados de uma instituição de apoio sem fins lucrativos, como uma IPSS, um centro paroquial, uma Misericórdia).

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS A QUESTÃO 24 = (2) (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UM SERVIÇO DA SEGURANÇA SOCIAL E/OU CENTRO DE SAÚDE) OU 3 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE APOIO SEM FINS LUCRATIVOS, COMO UMA IPSS, UM CENTRO PAROQUIAL, UMA MISERICÓRDIA)}

Q25. Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre os pagamentos pelos cuidados que recebe das pessoas que mencionou ainda há pouco. Paga [*se o/a marido/esposa/companheiro/a vive no mesmo agregado familiar: ou o/a seu/sua marido/esposa/companheiro/a paga*] ou dá algum dinheiro pela ajuda que lhe é dada por [*prestador de cuidados*]? [*Repetir a pergunta para cada prestador de cuidados identificado na Questão 6 Cartão C e que na Questão 24= 2 ou 3*]

1. Sim;
2. Não;
3. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

Notas para o Entrevistador:

- Explicar se necessário: Incluir, por favor, quaisquer pagamentos efetuados pela prestação desses cuidados, mesmo os que não tenham sido feitos diretamente à pessoa que lhe presta os cuidados.

- SE = 2 (NÃO), IR PARA QUESTÃO 30.
- SE = 3 (NÃO SABE) E QUESTÃO 6 CARTÃO B = 11 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS), IR PARA QUESTÃO 37.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS A QUESTÃO 24 = (2) (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UM SERVIÇO DA SEGURANÇA SOCIAL E/OU CENTRO DE SAÚDE) OU 3 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE APOIO SEM FINS LUCRATIVOS, COMO UMA IPSS, UM CENTRO PAROQUIAL, UMA MISERICÓRDIA) E SE QUESTÃO 25 = 1 (SIM, PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS)}

Q26. Permita que lhe pergunte, qual é o valor que paga [*se o/a marido/esposa/companheiro/a vive no mesmo agregado familiar: ou o/a seu/sua marido/esposa/companheiro/a paga*] pela ajuda dada por [*prestador de cuidados*]. [*Repetir a pergunta para cada prestador de cuidados identificado na Questão 6 Cartão C e que na Questão 24= 2 ou 3 e Questão 25=1*]
[*Registar o valor dado pelo entrevistado/a - euros e cêntimos*]

Notas para o Entrevistador:

- Explicar se necessário: Incluir, por favor, quaisquer pagamentos efetuados pela prestação desses cuidados, mesmo os que não tenham sido feitos diretamente à pessoa que lhe presta os cuidados.
- Utilizar “-1” para codificar resposta “não sabe”

- SE = -1 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO SEGUINTE.
- SE > 1, IR PARA A QUESTÃO 28.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES SE NA QUESTÃO 26 = -1 (NÃO SABE)}

Q27. Peço desculpa por insistir, mas esta questão para nós é muito importante. Se eu lhe mostrar este cartão [*Mostrar cartão L*], diga-me se poderia indicar o valor aproximado que gasta por mês nos cuidados que recebe do [*prestador de cuidados*]. [*Repetir a pergunta para cada prestador de cuidados identificado na Questão 6 Cartão C e que na Questão 24= 2 ou 3 e Questão 25=1*]

- IR PARA A QUESTÃO 29.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C E PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24 = 2 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UM SERVIÇO DA SEGURANÇA SOCIAL E/OU CENTRO DE SAÚDE) OU 3 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE APOIO SEM FINS LUCRATIVOS, COMO UMA IPSS, UM CENTRO PAROQUIAL, UMA MISERICÓRDIA), NA QUESTÃO 25 = 1 (SIM, PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS) E NA QUESTÃO 26 ≠ -1 (NÃO SABE) OU NA QUESTÃO 27 ≠ 6 (NÃO SABE)}

Q28. E o pagamento é feito [*ler em voz alta as opções de resposta*]...? [*Repetir a pergunta para cada prestador de cuidados identificado na Questão 6 Cartão C e que na Questão 24= 2 ou 3 e Questão 25=1*]

1. Por hora
2. Por visita
3. Por dia
4. Por semana
5. Por quinzena
6. Por mês
7. Por ano
8. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*]

Notas para o Entrevistador:

- Explicar se necessário: Incluir, por favor, quaisquer pagamentos efetuados pela prestação desses cuidados, mesmo os que não tenham sido feitos diretamente à pessoa que lhe presta os cuidados.

{PERGUNTAR PARA OS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C E PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24 = 2 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UM SERVIÇO DA SEGURANÇA SOCIAL E/OU CENTRO DE SAÚDE) OU 3 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE APOIO SEM FINS LUCRATIVOS, COMO UMA IPSS, UM CENTRO PAROQUIAL, UMA MISERICÓRDIA) E NA QUESTÃO 25 = 1 (SIM, PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS)}

Q29. Como costuma pagar pela ajuda que recebe do(s) *[todos os prestadores de cuidados]*? Vou-lhe mostrar este cartão [*Mostrar cartão M*] e pedia-lhe por favor que me dissesse qual é a opção ou opções que se adequa(m) ao seu caso.

- SE QUESTÃO 6 CARTÃO C = 1,2,3,4,5,6 E/OU 7 E PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24 = 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE ME PRESTA OS CUIDADOS), IR PARA QUESTÃO 31.
- SE QUESTÃO 6 CARTÃO B = 11 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS) E QUESTÃO 6 CARTÃO C = 1,2,3,4,5,6 E/OU 7 E PARA OS QUAIS 24 = 2 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UM SERVIÇO DA SEGURANÇA SOCIAL E/OU CENTRO DE SAÚDE) OU 3 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE APOIO SEM FINS LUCRATIVOS, COMO UMA IPSS, UM CENTRO PAROQUIAL, UMA MISERICÓRDIA), IR PARA A QUESTÃO 37.
- SE QUESTÃO 6 CARTÃO B = 1,2,3,4,5,6,7,8,9 E/OU 10, IR PARA QUESTÃO 31.

{PERGUNTAR PARA OS PRESTADORES DE CUIDADOS IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C E PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24 = 2 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UM SERVIÇO DA SEGURANÇA SOCIAL E/OU CENTRO DE SAÚDE) OU 3 (RECEBO ESTES CUIDADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE APOIO SEM FINS LUCRATIVOS, COMO UMA IPSS, UM CENTRO PAROQUIAL, UMA MISERICÓRDIA) E NA QUESTÃO 25 = 2 (NÃO PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS)}

Q30. Disse-me que não é feito nenhum pagamento a *[todos os prestadores de cuidados]*. Poderia por favor dizer por que motivo não é feito nenhum pagamento? *[Selecionar a opção da lista que melhor se adequa à resposta espontânea do entrevistado/a]*

1. Disponibilizaram esta ajuda gratuitamente /não cobram pelo serviço;
2. Às vezes dou-lhes algum dinheiro ou presentes pela ajuda que me dão;
3. Outra;
4. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

ROTA B: Prestadores de cuidados contratualizados pelo próprio ou família/amigos, ou seja, na Questão 6 cartão B = 1,2,3,4,5,6,7,8,9 e/ou 10 e/ou Questão 6 cartão C=1,2,3,4,5,6,7 e/ou para os quais na Questão 24= 1 (Tenho um acordo com uma empresa privada e/ou directamente com a pessoa que me presta os cuidados). Para o caso do prestador ser marido/esposa/companheiro/companheira e com o/a qual o/a entrevistado coabita, não colocar estas questões e passar directamente para a Questão 36.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO B E PARA CADA UM DOS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24= 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE ME PRESTA OS CUIDADOS)}

Q31. Agora vou [*continuar a*] fazer-lhe algumas perguntas sobre o pagamento pelos cuidados que recebe. Paga ou dá dinheiro [*se o/a marido/esposa/ companheiro/a vive no mesmo agregado familiar: ou o/a seu/sua marido/esposa/companheiro/a paga*] pela ajuda que lhe é dada por [*prestador de cuidados*]? [*Repetir a pergunta para cada prestador*]

1. Sim;
2. Não;
3. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

- SE = 2 (NÃO), IR PARA QUESTÃO 36.
- SE = 3 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO 37.

Notas para o Entrevistador:

- Incluir, por favor, quaisquer pagamentos efetuados pela prestação desses cuidados, mesmo os que não tenham sido feitos à pessoa que lhe presta directamente os cuidados.
- Não incluir prendas, ofertas nem pagamentos ocasionais de despesas, tais como dinheiro para o combustível ou para almoços.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO B E PARA CADA UM DOS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24= 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE ME PRESTA OS CUIDADOS) SE NA QUESTÃO 31 = 1 (SIM, PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS)}

Q32. Permita-me que lhe pergunte, qual é o valor que paga [*se o/a companheiro/a vive no mesmo agregado familiar: ou o/a seu/sua companheiro/a paga*] pela ajuda dada paga por [*prestador de cuidados*]. [*Repetir a pergunta para cada prestador*]

[*Registar o valor dado pelo entrevistado/a - euros e cêntimos*]

Notas para o Entrevistador:

- Incluir, por favor, quaisquer pagamentos efetuados pela prestação desses cuidados, mesmo os que não tenham sido feitos diretamente à pessoa que lhe presta os cuidados.
- Para versão limesurvey: utilizar “-1” para codificar resposta “não sabe”.

- SE = -1 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO SEGUINTE.
- SE > 1, IR PARA A QUESTÃO 34.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES SE NA QUESTÃO 32 =-1 (NÃO SABE)}

Q33. Peço desculpa por insistir, mas esta questão para nós é muito importante. Se eu lhe mostrar este cartão [*Mostrar cartão L*], diga-me se poderia indicar o valor aproximado que gasta por mês nos cuidados que recebe do [*prestadores de cuidados*]? [*Repetir a pergunta para cada prestador*]

- SE = 6 (NÃO SABE), IR PARA QUESTÃO 35.

{PERGUNTAR PARA CADA UM DOS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO B E PARA CADA UM DOS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24= 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE ME PRESTA OS CUIDADOS) SE NA QUESTÃO 31 = 1 (SIM, PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS) E SE NA QUESTÃO 32 ≠ -1 OU NA QUESTÃO 33 ≠ 6 (NÃO SABE)}

Q34. E o pagamento é feito por *[ler em voz alta as opções de resposta]...?* *[Repetir a pergunta para cada prestador]*

1. Por hora;
2. Por visita;
3. Por dia;
4. Por semana;
5. Por quinzena;
6. Por mês;
7. Por ano;
8. Não sabe *[resposta espontânea do/a entrevistado/a]*.

Notas para o Entrevistador:

- Se necessário explicar: Incluir, por favor, quaisquer pagamentos efetuados pela prestação desses cuidados, mesmo os que não tenham sido feitos diretamente à pessoa que lhe presta os cuidados.

{PERGUNTAR UMA VEZ PARA TODOS OS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO B E UMA VEZ PARA TODOS OS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24= 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE ME PRESTA OS CUIDADOS) SE NA QUESTÃO 31 = 1 (SIM, PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS)}

Q35. Como costuma pagar pela ajuda que recebe do *[todos os prestadores de cuidados do cartão B]*? Vou-lhe mostrar este cartão *[Mostrar cartão M]* e pedia-lhe por favor que me dissesse qual é a opção ou opções que se adequa(m) ao seu caso. *[Repetir a pergunta para prestadores de cuidados do cartão C]*

- SE QUESTÃO 6 CARTÃO B= 11 (NENHUM DOS ACIMA REFERIDOS), IR PARA QUESTÃO 37.

{PERGUNTAR PARA TODOS OS PRESTADORES IDENTIFICADOS NA QUESTÃO 6 CARTÃO C PARA OS QUAIS NA QUESTÃO 24= 1 (TENHO UM ACORDO COM UMA EMPRESA PRIVADA E/OU DIRETAMENTE COM A PESSOA QUE ME PRESTA OS CUIDADOS) SE NA QUESTÃO 31 = 2 (NÃO PAGA PELOS CUIDADOS RECEBIDOS)}

Q36. Disse-me que não é feito nenhum pagamento a [*todos os prestadores formais de cuidados*]. Poderia por favor dizer por que motivo não é feito nenhum pagamento? [*Selecionar a opção da lista que melhor se adequa à resposta espontânea do entrevistado/a*]

1. Disponibilizaram esta ajuda gratuitamente /não cobram pelo serviço;
2. Às vezes dou-lhes algum dinheiro ou presentes pela ajuda que me dão;
3. Outra;
4. Não sabe [*resposta espontânea do/a entrevistado/a*].

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 2 = SIM (RECEBEU AJUDA NO MÊS PASSADO) PARA UMA OU MAIS TAREFAS}

Q37. [*Selecionar a opção sem perguntar ao inquirido*] Quem respondeu às perguntas desta secção?

1. Somente o entrevistado;
2. O entrevistado com a ajuda de outra pessoa;
3. Outra pessoa com um contributo limitado do entrevistado;
4. Outra pessoa sem qualquer contributo do entrevistado.

Notas para o Entrevistador:

- CASO ESTA SECÇÃO TENHA SIDO RESPONDIDA COM A COLABORAÇÃO DE OUTRA PESSOA, O ENTREVISTADOR DEVE AGRADECER; AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO PARA SEREM RESPONDIDAS APENAS PELO ENTREVISTADO/A, SEM A COLABORAÇÃO DE OUTRA PESSOA.

VII) Apoio em refeições e frequência de centros de dia ou de convívio

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q38. Agora vou fazer-lhe perguntas sobre serviços aos quais as pessoas podem recorrer para obter algum tipo de ajuda relacionada com refeições e atividades ocupacionais. Durante o último mês teve quem lhe preparasse regularmente as suas refeições (garantidas por alguém que não viva consigo)?

1. Sim;
2. Não.

- SE = 2 (NÃO), IR PARA QUESTÃO 41.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 38 = 1 (SIM)}

Q39. Agora pedia-lhe que me dissesse, desta lista [*Mostrar cartão N*] quem é que tratou das suas refeições? Por favor escolha todas as opções que se aplicam ao seu caso.

Notas para o Entrevistador:

- Explicar se necessário: o município ou outra organização poderão disponibilizar refeições entregues ao domicílio.

- SE ≠ 1 (ENTREGA DE REFEIÇÕES A CASA POR SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO POR EXEMPLO CENTRO DE DIA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, ASSOCIAÇÕES, PARÓQUIA, JUNTA DE FREGUESIA) IR PARA QUESTÃO 41.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 38 = 1 (ENTREGA DE REFEIÇÕES A CASA POR SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO POR EXEMPLO CENTRO DE DIA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, ASSOCIAÇÕES, PARÓQUIA, JUNTA DE FREGUESIA)}

Q40. No mês passado com que frequência é que lhe entregaram as refeições em casa?
[*Mostrar Cartão O*]

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q41. E no mês passado frequentou algum Centro de dia ou de convívio?

1. Frequentei no mês passado
2. Não frequentei no mês passado

- SE = 2 (NÃO FREQUENTEI NO MÊS PASSADO,) IR PARA QUESTÃO 44.

Notas para o Entrevistador:

- Inclua, por favor, a participação em grupos ou atividades organizados por um centro de dia ou de convívio, mas não necessariamente realizados no edifício do centro de dia ou de convívio.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 40 = 1 (FREQUENTEI NO MÊS PASSADO)}

Q42. No mês passado, com que frequência é que foi ao Centro de dia ou de convívio?

[Mostrar cartão O]

Notas para o Entrevistador:

Inclua, por favor, a participação em grupos ou atividades organizados por um centro de dia.

{PERGUNTAR SE NA QUESTÃO 40 = 1 (FREQUENTEI NO MÊS PASSADO)}

Q43. Pensando no mês passado, quantas horas por dia é que normalmente ficou no centro de dia ou de convívio? Foram... **[Ler opções em voz alta]**

1. 1-3 horas;
2. 4-6 horas;
3. mais de 6 horas;
4. Não sabe **[resposta espontânea do entrevistado]**.

Notas para o Entrevistador:

- Inclua, por favor, a participação em grupos ou atividades organizados por um centro de dia ou de convívio, mas não necessariamente realizados no edifício do centro de dia ou de convívio.

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q44. E no último mês comprou produtos alimentares através de algumas das opções apresentadas neste cartão **[Mostrar Cartão P]**? Por favor, escolha todas as opções que se aplicam ao seu caso.

VIII) Equipamentos e produtos de apoio

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q45. Para o nosso estudo também é importante saber se as pessoas têm algum tipo de material ou equipamento para as ajudar a continuar a viver nas suas próprias casas. Tem um alarme que pode utilizar para pedir ajuda? Trata-se de algo que é usado ao pescoço

ou poderá ser um botão ou um fio para puxar em sua casa. Ou então um sistema de telealarme, através do seu telefone. Diga-me, por favor, se tem alarmes deste tipo, mesmo que não tenha tido necessidade de utilizá-los?

1. Sim;
2. Não.

Nota para o Entrevistador:

- Explicar, se necessário: Não estamos interessados em saber se tem despertadores, temporizadores, alarmes anti-incêndio ou contra roubo.

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q46. Tem uma cadeira elevatória para utilizar em casa? Trata-se de uma cadeira que sobe e desce escadas para ajudar pessoas que possam ter dificuldades em fazê-lo.

1. Sim;
2. Não;
3. Não aplicável (não existem escadas / existe um elevador / vive no rés-do-chão).

{PERGUNTAR A TODOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS}

Q47. Usa algum equipamento tais como os que são mostrados neste cartão [*Mostrar cartão Q*], ou procedeu a adaptações na sua casa para ajudá-lo/a na sua vida do dia-a-dia? Se sim, quais?

Nota para o Entrevistador:

- Incluir apenas equipamento que o/a próprio/a entrevistado/a tem de utilizar. Não incluir elevadores de escada.
- Codificar todas as opções que se aplicam.

Q48. Atualmente utiliza alguma destas soluções que lhe vou mostrar neste cartão [*Mostrar cartão R*] Por favor, seleccione todas as opções que se aplicam ao seu caso.

Notas para o entrevistador:

- Devem ser incluídas soluções utilizadas dentro de casa e/ou fora de casa.

Anexo 7: Cartões do inquérito por questionário.

Cartão A:

1. Faço sozinho/a e sem dificuldade
2. Faço sozinho/a mas tenho dificuldade
3. Só faço com a ajuda de alguém
4. Não faço mesmo com a ajuda de alguém

Cartão B:

1. Marido/esposa/companheiro/companheira
2. Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)
3. Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)
4. Neto/Neta (incluindo bisnetos/bisnetas)
5. Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/ adotado/a / cunhados/cunhadas)
6. Sobrinho/Sobrinha
7. Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)
8. Outro familiar
9. Amigo/a
10. Vizinho
11. Nenhum dos acima referidos

Cartão C:

1. Profissional dos serviços de apoio domiciliário (profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)
2. Uma equipa do Centro de Saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ ou Profissional de equipa de cuidados continuados ao domicílio
3. Terapeuta ocupacional / Fisioterapeuta
4. Voluntário/a
5. Funcionários de Centro de dia
6. Mulher-a-dias/Empregada doméstica
7. Outro (especifique, por favor)
8. Nenhum dos acima referidos

Cartão D:

1. Nenhuma ajuda na semana passada
2. Menos de uma hora
3. 1-4 horas
4. 5-9 horas
5. 10-19 horas
6. 20-34 horas
7. 35-49 horas
8. 50-99 horas
9. 100 horas ou mais

Cartão E:

1. Menos de 20 horas
2. 20-34 horas
3. Durante 35 horas ou mais

Cartão F:

1. Todos os dias
2. Quatro a seis dias
3. Dois ou três dias
4. Um dia

Cartão G:

1. Duas ou mais vezes por semana
2. Uma vez por semana
3. Uma vez de quinze em quinze dias / cada duas semanas
4. Uma vez por mês
5. Menos de uma vez por mês

Cartão H:

1. Uma vez por dia
2. Duas vezes por dia

3. Três, quatro ou mais vezes por dia
4. Permanentemente
5. Sempre que precisei

Cartão I:

1. Somente durante o dia, até se deitar
2. Somente durante a noite, depois de se deitar
3. Ou ambos, durante o dia e à noite depois de se deitar

Cartão J:

1. Tenho um contrato com uma empresa privada e/ou diretamente com a pessoa que me presta os cuidados
2. Recebo estes cuidados de um serviço da segurança social e/ou centro de saúde
3. Recebo estes cuidados de uma instituição de apoio sem fins lucrativos, como uma IPSS, um centro paroquial, uma Misericórdia
4. Outro

Cartão L:

1. Menos de 100 Euros
2. 100 a 199 Euros
3. 200 a 499 Euros
4. 500 a 999 Euros
5. 1000 ou mais Euros

Cartão M:

1. Uso dinheiro do meu rendimento pessoal, poupanças, pensão
2. Uso dinheiro do meu Complemento por Dependência
3. A minha família ajuda-me com estes pagamentos
4. Dei a minha casa como pagamento
5. Uso dinheiro proveniente de outra origem

Cartão N:

1. Entrega de refeições a casa por serviço de apoio domiciliário por exemplo centro de dia, Santa Casa da Misericórdia, associações, paróquia, junta de freguesia
2. Um restaurante /empresa privada de entrega de refeições com quem tenho um acordo
3. Um familiar, amigo/a ou vizinho/a trouxe-me refeições já preparadas ou veio cá a casa prepará-las
4. Uma empregada doméstica/mulher-a-dias preparou-me as refeições
5. Desloco-me ao centro de dia para comer
6. Vou ao centro de dia e trago a comida para casa
7. Outra

Cartão O:

1. Todos os dias ou praticamente todos os dias, incluindo fins-de-semana
2. Todos os dias ou praticamente todos os dias, mas não aos fins-de-semana
3. Duas ou três vezes por semana
4. Apenas ao fim-de-semana
5. Uma vez por semana
6. Menos vezes

Cartão P:

1. Entrega de produtos alimentares através da Internet ou do telefone (por exemplo, serviços de entrega dos hipermercados)
2. Um pequeno comerciante fez a entrega de produtos alimentares (por exemplo, o merceeiro, o padeiro, ou outro do mesmo tipo)
3. Empresa de entrega de produtos frescos ou congelados ao domicílio
4. Um familiar, amigo/a ou vizinho/a trouxe-me as compras
5. Uma empregada doméstica/mulher-a-dias trouxe-me as compras
6. Outra
7. Nenhum dos acima referidos

Cartão Q:

1. Cama articulada/ grade na cama

2. Colchão anti-escaras
3. Equipamento de casa de banho / cadeira de banho
4. Sistema elevatório/de transferência
5. Corrimão Exterior
6. Rampa Exterior
7. Corrimão de escada/corrimão de parede
8. Cabine de duche/Poliban
9. Banheira equipada com chuveiro
10. Outras alterações à casa de banho
11. Outro (especifique, por favor)
12. Não utilizo nenhum destes equipamentos nem fiz adaptações à minha casa

Cartão R:

1. Cadeira de rodas manual
2. Cadeira de rodas eléctrica
3. Scooter de mobilidade
4. Canadianas ou muletas
5. Bengala
6. Andarilho
7. Outra (especifique, por favor)
8. Eu não preciso de nada disto para me deslocar

Anexo 8: Guião de entrevista.

Temas a abordar	Check-list detalhada	Auxiliares
Relação com os cuidadores informais e familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperação/tensão • Atribuição de responsabilidades • Liberdade/resistência • Conhecimentos formais vs informais • Apropriação do espaço 	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Quando realiza as suas tarefas em casa do idoso como é que se caracteriza a sua relação com a família e com os cuidadores informais?” ○ “No momento em que presta cuidados ao idoso os familiares e/ou cuidadores informais interferem no seu trabalho?” ○ “Fale-me da perspetiva que os familiares e cuidadores informais têm sobre o seu trabalho”. ○ “De que forma se faz o seu ingresso na habitação do idoso? Existe total apropriação do espaço ou depara-se com barreiras que o/a impedem de circular em determinadas divisões?”
Relação com o idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Material/funcional • Emocional/relacional • Estratégias comunicacionais • Morte 	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Que tipo de cuidados presta ao idoso?” ○ “De que forma o idoso a/o encara e ao seu trabalho?” ○ “Na realização do seu trabalho assume apenas o papel de cuidador/a formal ou aciona outros papéis?” ○ “Que dificuldades já sentiu na relação com os idosos? Que estratégias usou para ultrapassar essas dificuldades?”

		<ul style="list-style-type: none"> ○ “Como lida com a morte dos idosos a quem presta cuidados?”
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Ajustamento/desajustamento	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Como avalia as respostas formais que são disponibilizadas para os idosos?” ○ “Na sua opinião, as respostas formais oferecidas aos idosos dependentes encontram-se ajustadas às suas necessidades?”
Aprendizagem/formação	Conhecimentos/estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Já fez formação?” ○ “Em que medida a formação se reproduziu em impactos no trabalho que executa com os idosos?”
Expectativas/papéis/frustrações	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação/insatisfação no trabalho • Dificuldades/receios • Perspetivas de futuro 	<ul style="list-style-type: none"> ○ “Como encara a importância do seu trabalho?” ○ “Quais os motivos que a/o levaram a escolher esta profissão?” ○ “Prefere trabalhar sozinho/a ou em equipa? Porquê?” ○ “Acredita que o trabalho que desenvolve aos idosos de quem cuida supera por completo as suas necessidades?” ○ “Quais são, para si, os pontos mais positivos do seu trabalho? E os mais negativos?” ○ “Qual foi a situação mais complicada com que já se deparou?” ○ “O seu trabalho tem influência na sua vida pessoal?” ○ “No final de um dia de trabalho como lida

		<p>com as frustrações e com os momentos mais difíceis?”</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ “Sente stress no trabalho?” ○ “Quando envelhecer que tipo de cuidados deseja receber?” ○ “No futuro pretende continuar a cuidar de idosos?”
--	--	---

Anexo 9: Transcrição e análise das entrevistas.

E1 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência	Afirma que existe uma boa relação com os cuidadores informais e familiares. Acrescentando que não existe qualquer tipo de interferência por parte dos cuidadores informais e/ou familiares no seu trabalho. E nas ocasiões em que lhe oferecem ajuda recusa.	<p>«Bem... sou bem tratada, pronto, eu acho que na minha maneira de ver eu acho que as pessoas me tratam da melhor forma que podem. Eu sou uma pessoa humilde, sou carinhosa e tento sempre prestar o melhor que sei e aquilo que posso na medida das minhas possibilidades, claro».</p> <p>«Por exemplo no caso de um utente que temos, a senhora que cuida dele às vezes vai lá bater-me à porta a perguntar se preciso de ajuda, mas eu não aceito, porque eu não preciso... e também não convém muito, sabes? Porque são pessoas que são diferentes».</p> <p>«Na forma de lidar, eu sei umas coisas elas outras. Há sempre aquela relação de bom dia e boa tarde, como faz parte da educação, mas fora disso não necessito de ajuda».</p>
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Acredita que o seu trabalho é valorizado.	«Eles só têm a dizer bem, acho eu. Por aquilo que me parece... só se for alguém que não me diga».
Apropriação do espaço.	Manifesta uma total liberdade de apropriação do espaço.	«Ai permitem-me ir a todo lado, mas eu é que não quero. Não estou a ver os cantos da casa, se tem

		<p>aquilo ou outra coisa. Claro que eu a tratar de idoso às vezes, por exemplo, tenho de pôr a roupa para lavar e pergunto se posso ir à máquina de lavar roupa mas é só por educação, porque as pessoas dão-me liberdade para circular. Fora disso, tento não andar muito pela casa. Tento não barafustar, se o quarto é assim ou é assado...».</p>
Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Afirma que exerce vários tipos de cuidado ao idoso.	<p>«Todos... desde apoio, de carinho, higiene pessoal, tudo. Ah a higiene da casa, se é preciso dar um jeitinho, nós limpamos, claro que não temos muito tempo para isso, mas quando tenho até dou um jeitinho à casa de vir que é preciso. Claro que não vou para outras divisões ver, mas naquelas que estou se for preciso dar um jeitinho aí eu dou, dou. Às vezes até pego numa vassourinha e limpo, percebe? O que eu acho na minha maneira de ver, o que não é chamar atenção aos familiares, mas que eu veja que não é do meu agrado eu limpo».</p> <p>«[...] eu tenho muita coisa por eles, eu gosto muito deles. É preciso dar afeto, um carinho... às vezes a gente vê aqueles que estão mais debilitados e tenta pô-los mais para cima, tenta ter uma conversa mais amorosa com eles, fazê-los rir naquele momento que eles estão mais em baixo... E isso para mim... Um</p>

		riso, sei lá, faz-me sentir bem também a mim».
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Demonstra a certeza de que os idosos apreciam o trabalho que desenvolve.	«Da maneira que eles falam, da maneira que falam comigo, tal como viu quando foi comigo fazer as visitas, eu acho que eles gostam do meu trabalho. Viu aquela senhora que visitamos que só me diz «obrigada, obrigada...», por isso eu acho que eles gostam de mim e do meu trabalho. Até me dizem: «oh meu anjo», eu acho que isso é do fundo deles, porque eles não são impostores, não estão a mentir. Por aquilo que eu vejo no dia-a-dia, como eles me respondem, da maneira que me falam, acho que têm uma gratidão para comigo e um carinho especial por mim e eu por eles».
Papéis.	Confessa que para além do papel de cuidadora formal aciona outros papéis.	«[...] Vai mais para além da simples higiene. E não é preciso um obrigada, mas um sorriso faz-me bem, aquele olhar que a gente não está habituada e sente aquele olhar deles, eu acho que acaba por ser um agradecimento deles porque percebem que dou muito de mim a eles».
Dificuldades.	Afirma que nunca sentiu dificuldades na relação com o idoso.	«Desde que aqui estou nunca senti assim uma dificuldade. Há uns que estão mais tristes, e se eles querem contar qual é o motivo da tristeza, eu vou ouvindo e se puder dar a volta ao de cima ajudo, se eles não me querem contar eu tento brincar para ver se eles conseguem reagir, se

		não os conseguir pôr para cima eu lamento e fico triste, mas dificuldades nunca senti».
Morte.	Demonstra que não lida facilmente com a morte dos idosos a quem presta cuidados.	«Olhe é uma coisa que é muito triste... Porque nós lidamos muito com eles, deixamos de ter os momentos que tínhamos. Eu tinha um senhor que faleceu e ele gostava muito de futebol e nós tínhamos muitas conversas de futebol, eu quando o Porto ganhava chegava à beira dele e era logo: «olhe hoje o nosso Porto ganhou», e um dia essas conversas deixam de existir. Até um simples buscar de jornal que eu estava tão habituada a ir buscar para esse senhor, deixei essa rotina e sinto claro que sinto. Eu até rifas ia buscar».
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade.	Afirma que não existe uma vasta oferta que supra as necessidades crescentes dos idosos, acrescentando que aquilo que existe deveria ser melhorado em termos de qualidade.	«Acho que devia haver mais apoio para as pessoas idosas. Porque ainda está muita pessoa sozinha, embora as pessoas não saibam como pedir ajuda, mas mesmo assim eu acho que devia haver mais apoio. Sei lá... mais centros de dia, ginástica, joguinhos, para eles recuperarem o sistema de memória, para se ocuparem... essas coisas todas...» «Acho que devia ser feito mais trabalho sobre isso». «A própria qualidade do

		<p>pouco que existe devia ser melhorada, devia existir mais e melhor».</p> <p>«Devia-se pegar nas pessoas e ajudá-las a nível financeiro, em medicações, alimentação... Porque as reformas são pequeninas e você sabe que é assim, por isso eu acho que devia haver mais apoio. Os idosos da nossa instituição não vivem assim muito coisa, mas nós sabemos que vamos a uma farmácia e ouvimos idosos a dizer que só levam uma parte da receita porque o dinheiro este mês não dá para mais. E nós ficamos assim: alto [forma de expressão]».</p>
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Afirma já ter feito formação, realçando a importância que estas têm.	<p>«[...] Eu acho que é uma coisa que nós de vez em quando havia de fazer uma reciclagem, porque a gente aprende de uma maneira mas as coisas estão sempre a mudar, vão evoluindo não é? E acho que a formação devia ser sempre e não só de longe a longe. Para ir aprendendo, as coisas estão sempre a mudar, até para vermos se estamos a fazer bem, o que havemos de fazer ou não».</p> <p>«Olhe em muita coisa... Vamos supor, em questões do lidar com eles, o como falar com eles, porque há muita maneira que às vezes a gente julga que está a fazer bem e nem está, e tentar entrar um bocadinho no diálogo deles, tudo isso</p>

		para nós é um bocado confuso e a formação ajuda nisso. A gente tem de saber como fazer para lidar com o idoso quando estão mal, está a perceber?»
Expectativas/Papéis/ Frustrações	Análise	Excertos da entrevista
Modo como encara o seu trabalho.	Demonstra acreditar que o seu trabalho é importante.	«Eu gosto, gosto muito do que faço. Muito mesmo... E tudo aquilo que eu possa ajudar dentro das minhas possibilidades eu tento ajudar o melhor que posso. Se há alguma coisa que eu vejo que não está nas minhas mãos, que eu não posso ajudar, então eu tenho de telefonar à pessoa indicada para mandar lá alguém que seja mais competente». «Sim, eu acho que sim... Claro que por vezes se há uma colega minha que vai há muito tempo a um idoso e depois tenho de lá ir, a pessoa pode não encarar tão bem comigo, mas sei que o meu trabalho é importante».
Motivos inerentes à escolha da profissão.	Diz que não foi uma escolha.	«Eu vou-lhe dizer... Estava desempregada na altura, e eu fiz um pouco de tudo... Já fui saboneteira... Num momento que estava mais aflita houve esta oportunidade de vir para a liga e eu fiquei e olhe já cá estou há 13 anos. Foi mero acaso. Parece que foi uma luz que me guiou».
Sozinha ou em equipa.	Demonstra gostar de trabalhar quer sozinha quer em equipa, não tendo preferência.	«É igual... se tiver de trabalhar sozinha trabalho, se tiver de trabalhar em equipa também trabalho».
Impacto do trabalho que	Afirma que o seu trabalho	«Depende... há alguns

desenvolve nas necessidades dos idosos.	tem impactos nos idosos, mas que existem determinados aspetos que não consegue fazer face e, por isso, recorre à ajuda de superiores hierárquicos.	utentes que precisam de outros tipos de ajuda que não a minha. Por exemplo, se os idosos não têm camas, as pessoas às vezes não têm dinheiro para fraldas... assim estas coisas assim que me ultrapassam... A gente aí já não pode fazer nada...» «Tento, tento dizer às pessoas, alertar as pessoas que estão acima de mim».
Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.	Afirma que existem múltiplos pontos positivos que superam os negativos.	«Mais positivos... sei lá... Acho que é tudo. Olhe eu tenho um bom ambiente de trabalho, tenho duas chefes que também são boas não me posso queixar, mais... o dinheirinho ao fim do mês que também nunca faltou e que é essencial... Os negativos às vezes é aquelas coisas que às vezes a gente tem com as colegas, mas passa tudo... Os positivos superam tudo».
Situações difíceis de lidar.	Diz que uma situação complicada com a qual já teve de lidar foi com uma colega de trabalho.	«É assim... Eu um dia tive uma zangazinha com uma colega aqui do trabalho, que pronto... também foi burrice minha e da minha cabeça, também estava um bocado em baixo por situações mais pessoais, e pronto... meti o pé na argola, fui falar com a pessoa em si e agora as coisas estão resolvidas. Claro que já não é aquela amizade como era dantes, mas pronto... Eu sei que errei, ela trabalha comigo, mas resolveu-se. Ficou uma pedra em cima».
Influência do trabalho na	Sublinha que o trabalho	«Não, não. As minhas

vida pessoal.	não tem a mínima influência na sua vida pessoal.	coisas ficam fora e o serviço continua».
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Demonstra facilidade em lidar com as frustrações que, por vezes, sente.	«Tento cantar... E passa. Outro dia de manhã é outro dia».
Stress.	Afirma que sente stress no trabalho, na medida em que tem de cumprir minuciosamente os horários.	«Às vezes, às vezes... Por causa da hora, a gente começa a ver a hora passar e tem de ir para outro utente. E pensa: «chegou a hora, chegou a hora»».
Futuro.	Confessa que no futuro pretende receber os cuidados que oferece e que continuará a cuidar de idosos se conseguir.	«Os mesmos que dou. Se tiver esses sou uma mulher feliz». «Se me deixarem sim»

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 23 de Maio de 2016.

Duração: 21 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

E2 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência.	Afirma que a relação que tem com os cuidadores informais e familiares é boa, sendo que relata existir alguma tensão quando estes tentam interferir no seu trabalho.	<p>«É boa... não tenho tido problemas».</p> <p>«Dão sugestões daquilo que eles acham que deve ser... Outros ficam só a observar aquilo que fazemos».</p> <p>«Do que devemos fazer e como devemos fazer. E na maior parte das vezes o que dizem não é o mais correto, porque nós técnicas é que sabemos como fazer o nosso trabalho».</p> <p>«Explico que não é assim que se processa, que nós temos a nossa maneira de trabalhar e que por muito que queiram as coisas não podem ser como eles querem. Nós é que temos a perceção do que o utente precisa e do que não precisa, nós é que temos o conhecimento. Pronto... claro que não vamos proibir o familiar de estar lá, mas claro que tentamos contornar um bocadinho a situação. Eu acho que eles podem interferir, mas dar palpites que não estão corretos é que acho que não».</p>
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Acredita que têm uma opinião positiva do seu trabalho.	«Eu acho que eles têm uma boa perspetiva, se não tiverem só se disserem aos meus superiores, porque a nós às vezes não dizem, não é? Mas sempre me receberam bem, por isso a

		perspetiva será boa».
Apropriação do espaço.	Afirma que acede somente aos locais estritamente necessários.	«Por norma vamos aos sítios onde o utente está, ou seja, o quarto e casa de banho. E só precisamos de ir a esses sítios para fazer o trabalho com ele, a partir daí não precisamos de mais. Por vezes vamos à cozinha, naqueles a quem damos refeição, mas por norma não».
Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Afirma que os cuidados que exerce são de higiene pessoal.	«Higiene, só higiene aqui».
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Refere que os idosos encaram bem o trabalho que exerce, realçando que muitos deles encontram-se fortemente debilitados e, como tal, não demonstram ter uma opinião formada.	«Nós fazemos o nosso serviço e muitas vezes nem se manifestam se está bem ou se está mal, até porque eles como sabe... muitos deles não estão lúcidos coitados, por isso, eles mal sabem se estamos a fazer bem ou mal. Aqueles que pronto, se manifestam dizem bem e acho que encaram-me bem».
Papéis.	Conta que procura sempre restringir-se ao seu papel enquanto profissional de apoio domiciliário, tentando não interferir em dimensões da vida privada do idoso.	«Não, nós somos cuidadoras formais, só». «Não... tentamos não interferir. Estamos ali só para ser técnicas, é lógico que se ele precisar de alguma coisa... mas tentamos não interferir muito na própria vida familiar deles, se eles quiserem falar falam que nós ouvimos, mas tento não interferir muito nesses aspetos».
Dificuldades.	Afirma que ao nível relacional nunca sentiu dificuldades, a principal dificuldade com que se depara é a física.	«A nível de relação não, mas físicas sim... é mais isso. Porque uns são mais pesados. E também já tive dificuldades de espaços, há

		<p>pessoas que estão em espaços pequenos...»</p> <p>«Nós temos que nos desenrascar, há uma senhora que é tão pesada que eu já disse que sozinha eu não consigo... Se tiver lá alguém que me possa ajudar tudo bem, se não tiver ninguém tenho de dizer às minhas superiores que não estou apta para ir sozinha àquela senhora. Até porque me ponho em risco a mim e a eles...»</p>
Morte.	Confessa que nem sempre é fácil lidar com a morte, embora a encare com um processo natural.	<p>«É assim... ver alguém morrer graças a deus eu nunca vi, mas eu sou muito afetiva e lidar com a morte é um bocado complicado, sou afetiva e emotiva e pronto. Mas nós também sabemos que o tempo de vida deles não é muito longo, todos nós vamos morrer e eles também, e temos que encarar a morte como algo natural, mas custa, claro que nos custa, porque estamos habituados àquela pessoa e é lógico que temos pena. Claro que há uns que nos tocam mais do que outros».</p> <p>«Sim... Houve um senhor em particular que me custou muito, porque era eu que cuidava dele sempre, custou-me um bocadinho porque foi o primeiro, acho que foi por isso».</p>
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade.	Afirma que as respostas	«Hum... nem por isso

	formais são insuficientes, não conseguindo dar resposta às necessidades dos idosos dependentes, sendo que as respostas que existem pautam-se pela qualidade.	<p>[risos]. Porque eu acho que as instituições, por exemplo, domiciliárias deviam ir mais a casa do idoso. Claro que também há a parte mais monetária, se vamos a casa das pessoas e vemos que está completamente desajustada ao utente nós também não conseguimos gerir, e também nós não podemos fazer muito porque não podemos».</p> <p>«Não, não, de todo».</p> <p>«A qualidade do que é feito eu acho que é boa, mas as respostas são insuficientes».</p>
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Refere que já fez formação e que a encara como algo de extrema importância.	<p>«Sim, já».</p> <p>«A formação ajuda-nos porque temos conhecimentos, ajuda-nos avaliar, a tratar deles... Os posicionamentos, mas a prática é que nos vai ajudar o resto. A formação é fundamental».</p> <p>«Sempre que é possível faço reciclagem sim. Porque isto está sempre a evoluir e eu aconselho, quem puder que faça formação».</p>
Expectativas/Papéis/Frustrações	Análise	Excertos da entrevista
Modo como encara o seu trabalho.	Acredita que o trabalho que exerce é muito importante, principalmente dado o envelhecimento crescente da população portuguesa.	«Eu acho que é muito importante. Para já é gratificante, fico feliz porque posso ajudar alguém que precisa e a população cada vez mais idosa precisa que se cuide

		delas e os familiares não podem fazê-lo».
Motivos inerentes à escolha da profissão.	Menciona que a escolha da profissão fez-se em consequência de uma situação de desemprego, sendo que já cuidava de idosos nos tempos livres. Refere, ainda, que sente fadiga psicológica apesar de gostar do que faz.	«Eu sempre fui administrativa, durante 20 e tal anos... e nas férias ajudava idosos e fiquei com o bichinho, depois tirei o curso porque acreditava um dia ser uma mais-valia, e olhe que foi mesmo. Fiquei desempregada e como já tinha o curso proporcionou-se. Mas isto a nível físico é muito desgastante e psicológico também. Eu estou desgastada a nível físico». «Afeta um bocado... a pessoa tenta ultrapassar, no início custou-me e nós sabemos que aquelas pessoas precisam de nós e isso afeta-nos. Mas pronto, também é gratificante. Desgasta, mas também é gratificante».
Sozinha ou em equipa.	Prefere trabalhar em equipa.	«Em equipa, eu acho que é melhor. Porque, por exemplo, a nível físico ajuda muito sendo em equipa».
Impacto do trabalho que desenvolve nas necessidades dos idosos.	Afirma que o trabalho que faz com os idosos não supera por completo as suas necessidades, referindo que eles precisam de carinho e mais presença, algo que nem sempre as técnicas de apoio domiciliário conseguem fornecer.	«Não, porque o que nós fazemos é o básico, eles precisam de mais». «Mais carinho, mais presença...»
Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.	Aponta como pontos positivos a utilidade e como negativos o desgaste físico.	«Os positivos é cuidar deles e ser útil. Os negativos é a parte física, lá está».
Situações difíceis de lidar	Afirma que nunca se	«Nunca me deparei com

	deparou com uma situação complicada com a qual tivesse de lidar.	uma dificuldade».
Influência do trabalho na vida pessoal.	Menciona que o seu trabalho não tem qualquer influência na sua vida privada.	«Hum... não. Claro que uma pessoa às vezes vai mais triste para casa, mas nada que não se ultrapasse. Uma pessoa tenta sempre ver o lugar das coisas e saber separar».
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Evidencia saber lidar bem com as frustrações que, por vezes, sente.	«Viro a página, penso que amanhã é um novo dia».
Stress.	Afirma ser uma pessoa stressada.	«Olhe eu de mim já sou stressada, tenho muita energia... Mas pronto, lido bem com isso. Nós infelizmente na nossa vida temos sempre de seguir horários, por isso é normal».
Futuro.	Refere que quando envelhecer deseja receber cuidados similares aos que fornece, acrescentando que no futuro não irá conseguir continuar a trabalhar com idosos devido ao desgaste físico e, se o fizer, será nos tempos livres.	«Os mesmos que estou a transmitir aos outros». «Em part-time sim, a tempo inteiro não, porque eu a nível físico não vou conseguir sempre».

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 25 de Maio de 2016.

Duração: 15 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

E3 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência.	Afirma que existe uma boa relação com os cuidadores informais e familiares, sendo que quando estes interferem no seu trabalho nem sempre consegue lidar da melhor forma com essa situação.	<p>«Ora bem... nós entramos, eu tenho muito mais contacto com os doentes do que com os familiares porque é raro lá estarem e quando lá estão dão-nos liberdade para fazermos o que queremos, por isso a relação é boa».</p> <p>«Alguns não querem que a gente os lave assim, outros assado... e os idosos com filhas é mais complicado, aí se é...»</p> <p>«Temos de lhe fazer ver que não é assim, nós temos de nos adequar ao doente e ele a nós e às vezes nós e os familiares não concordamos nada, mesmo nada».</p> <p>«Por vezes fazem queixa às chefes... Mas pronto, também não tenho tido muita razão de queixa».</p>
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Confessa que os cuidadores informais e familiares exigem em demasiado de si e do seu trabalho.	«Eles acham, alguns acham, que nós temos obrigação de fazer tudo e mais alguma coisa, e não se interessam nada pelos idosos, nada mesmo, a maior parte não, quer seja filhos, netos... alguns casos nós vestimos todo bem vestido o idoso porque o filho vai lá, mas acha que vai? Não vai, nem aparece... e ficam ali horas e horas à espera, a realidade é esta. E em 10, 2 ou 3 interessam-se, o resto

		<p>não».</p> <p>«Se eu pudesse devia arrumar a casa, dar a comida à boca,... para eles não terem de fazer nada, eles os familiares e cuidadores».</p>
Apropriação do espaço.	Afirma que possui liberdade de circulação no interior da habitação do idoso, todavia restringe-se aos locais estritamente necessários.	«É assim... há casas que nós temos utentes há vários anos e temos liberdade para o fazer, mas nós não fazemos porque não acho correto. Nós usamos mais o quarto do idoso, a casa de banho e a sala se o tivermos de levar à sala. Nós não podemos invadir o espaço das pessoas».
Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Refere os cuidados de higiene e administração de medicação, o auxílio que presta às enfermeiras, bem como as conversas.	«Olhe eu aqui presto higiene pessoal, medicação... muitas vezes temos de trabalhar em conjunto com as enfermeiras do centro de saúde e temos de ajudar, para tirar os pensos sujos e isso. Nós também temos bases para isso. Alguns damos o pequeno-almoço. Vamos também até à sala falar de novelas e do que eles gostam de falar... Isto os mais independentes, os acamados temos de lhes fazer tudo na cama. E o nosso trabalho não é só físico, conversamos muito com eles... Então nós temos agora uma que cismou que a querem levar para os Estados Unidos por causa disto dos refugiados, e está sempre a pedir-me para não a deixar ir».
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Afirma que acredita que os idosos encaram bem o	«Olhe eu acho que eles encaram bem o nosso

	trabalho que realiza, sendo que realça alguns pontos negativos marcados pelo aspeto mais relacional com o idoso.	trabalho. Mas conseguem ser muito nossos amigos e também as piores pessoas para nós». «Porque sim... Eles gostam muito de nós porque sabem que precisam de nós, mas se por algum motivo nós nos atrasarmos eles transformam-se. E há outra coisa, os idosos são os nossos piores inimigos. É verdade que aprendemos muito com eles, mas não lhes podemos dizer nada, são tramados... porque eles distorcem tudo e fazem ali um cavalo de batalha e depois tamos ali os dois a matutar».
Papéis.	Assume acionar papéis para além do de cuidadora formal.	«Pois, em alguns aciono outros papéis. Não é por mal, mas aciono mais naqueles que já estou há muitos anos. Porque mesmo que a gente não queira nós entramos na vida deles, porque eles não tem com quem falar sem ser connosco. Alguns não querem conversa, nós vamos ali fazer o nosso trabalho e saímos. Mas a maior parte quer conversar connosco e considera-nos família, até porque somos nós que temos a chave, que vamos lá cuidar deles...»
Dificuldades.	Afirma que as dificuldades que sente com mais frequência se centram na relação conflituosa que, por vezes, pode existir entre técnica e idoso.	«Às vezes fico magoada, porque penso que são muitos anos com eles, e penso que tanto faço e eles por vezes não dão o valor... E se nós nos envolvermos na vida deles estamos desgraçadas, e não podemos alimentar isso,

		<p>principalmente os problemas com a família».</p> <p>«Olhe, por exemplo, há umas semanas eu arranjei um idoso todo perfumado, porque a nora era doutora não sei quê, depois cheguei lá perguntei se gostou do passeio e ele disse-me que ficou lá toda a manhã e que ninguém o foi buscar. E depois os idosos perdoam tudo dos filhos. E mais a mais eles não são donos do dinheiro deles, e tivemos já de lhes ensinar o que era o euro. E falando do idoso que estava a falar, ele fica tão deprimido, chora aquele choro seco sem lágrimas... e depois descarrega tudo em mim. Diz que sou muito má, e porque quer isto e aquilo, e diz que está triste... E não é fácil de lidar, porque eles estão tão frustrados que descarregam na única pessoa que lá vai».</p> <p>«Eu lido muito bem, por vezes digo que vou dar uma volta e torno a vir, e quando regresso pergunto se quero que faça o serviço e acabo por fazer. Ou seja, tenho de lhe dar espaço e tempo para respirar e chorar e depois faço o serviço».</p>
Morte.	Admite que alguns falecimentos lhe custam mais do que outros, em virtude do tipo de relação que desenvolve com os idosos.	«Vou-lhe ser muito sincera... alguns fico chocada, outros pronto... a gente sabe que trabalhar com crianças é vê-las crescer, desenvolver... com idosos é o contrário,

		<p>num dia estão bem, noutros mal, e nós também já estamos trabalhadas para lidar com isso».</p> <p>«Por acaso sim, havia uma que era tão boa, tão boa, que me tratava tão bem e pronto olhe morreu... E isso deixa-nos tristes. Uma infecção numa variz e pronto... Era tão boa pessoa coitadinha».</p>
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade	<p>Afirma que as respostas desenvolvidas para os idosos têm-se mostrado razoáveis, acentuando que o Estado deveria ajudar mais na questão das reformas e subsídios.</p>	<p>«Eu não tenho uma opinião assim muito coisa... Eu tenho uma mãe que vai fazer 80 anos, e as pessoas dizem que o Estado rouba e não sei quê, mas no tempo da minha mãe não havia nada do que há hoje. Acha que havia os subsídios que há? Não. E acho que o Estado está a fazer muito com os idosos, até mais do que com as crianças, eu tenho uma filha de 10 anos e sei isso... Eu penso que a segurança social não está a fazer um mau trabalho».</p> <p>«É assim, muitos filhos voltaram para casa dos pais e as reformas não chegam porque têm de sustentar netos e não sei quê... Eu acho que às reformas de sobrevivência deviam dar mais, mas de resto... Porque eles se precisarem do que comer têm a quem recorrer, podem ir à segurança social e ajudam. Nós damos refeições e eles pagam uma minoria, quem</p>

		paga o resto é a segurança social. Por isso acho que está bem... Eu com a minha filha não tenho quase apoios e trabalho não é? Eu acho é que a nós técnicas nos pagam mal, mas quanto à ajuda aos idosos eu acho que está bem».
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Realça a importância da formação, principalmente da administrada por técnicos exteriores à instituição com a qual trabalha.	«Ah sim, sim... Tenho curso». «Olhe por acaso ajudou imenso... Há pouco tivemos com umas psicólogas... Porque todas as formações que não são dadas com as chefias são boas, porque temos mais à vontade para falar dos nossos medos... As formações são muito boas para isso».
Expectativas/Papéis/ Frustrações	Análise	Excertos da entrevista
Modo como encara o seu trabalho.	Afirma que acredita que o seu trabalho é muito importante, sendo que é, na sua opinião, desvalorizado por parte da sociedade.	«Eu acho que o meu trabalho, tirando o de médicos que estudam e salvam vidas, eu acho que o meu trabalho é muito importante, mas as pessoas não vêm dessa forma. Para as pessoas nós limpamos o rabo a velhos... As pessoas não valorizam». «Porque o serviço que fazemos não é limpo... Porque imagine, eu vou a casa de um idoso, e a menina vai comigo, e se eu digo que a menina é doutora eles esquecem-me por completo e só se concentram em si, mesmo que a menina nem lhes faça

		<p>nada e só converse com eles, a menina é que é importante percebe? O meu trabalho vale zero na perspetiva das pessoas».</p> <p>«Ah sim, completamente, completamente... E se falar com as minhas colegas vai ver que lhe dizem o mesmo».</p>
Motivos inerentes à escolha da profissão.	Refere que o principal motivo que a fez escolher esta profissão se encontra relacionado com o gosto que têm de lidar com pessoas mais velhas.	«Eu já trabalhei num centro de dia há uns anos atrás... O centro de dia é muito diferente do apoio domiciliário, porque no centro de dia estamos lá mais a cantar e assim... Eu nunca quis trabalhar com crianças, porque não tenho paciência, e enveredei por isto porque gosto de ouvir histórias antigas, e sempre lidei com pessoas mais velhas. Foi isto que me fez vir para esta profissão».
Sozinha ou em equipa.	Demonstra ser-lhe indiferente trabalhar sozinha ou em equipa.	«Pronto... eu dou-me bem com todas, tanto vale trabalhar sozinha como com equipa... eu faço a festa, deito os foguetes...»
Impacto do trabalho que desenvolve nas necessidades dos idosos.	Afirma que apesar do seu trabalho ser importante, os idosos precisam de mais acompanhamento, nomeadamente de fisioterapeutas e psicólogos.	«Sim, às vezes sim... Porque temos pessoas que agora tem alzheimer que me dizem que a minha colega põe líquido no copo, e nós temos de saber dar a volta e isso é giro. Mas claro que eles precisam bem mais do que aquilo que eu posso dar... Precisavam de um fisioterapeuta para fazer uma ginástica, de uma psicóloga para conversar com eles... porque por mais que eles falem connosco eu sei que não

		tenho formação para os ajudar, porque às vezes não sei o que dizer... Às vezes digo: «olhe vá para o via catarina, vá para o shopping...», mas se calhar não é isso que eles querem ouvir. Uma psicóloga era o essencial».
Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.	Sustenta que os positivos estão relacionados com o espírito de amizade existente, e os negativos com a dificuldade de lidar com a família dos idosos.	«Os positivos é, por exemplo, eu fiquei grávida aqui eu trabalhei grávida e elas fizeram-me carapins e essas coisas... e é bonito isso. E eu estou aqui há 14 anos e tenho idosos desde essa altura e isso é positivo. Os pontos mais negativos são os familiares, é lidar com os familiares».
Situações difíceis de lidar.	Afirma não se ter deparado com nenhuma situação difícil de lidar.	«Nenhuma, porque eu descomplico».
Influência do trabalho na vida pessoal.	Confessa que o trabalho tem impactos na sua vida pessoal.	«Já teve». «Para ser sincera tem... até porque há dois meses tive com uma ansiedade depressiva. Foi complicado, nem sabia o que era isso. A psicóloga que me segue diz que isso não é de agora, já vem de longe... porque eu ia para casa sempre a pensar, do tipo: «ai será que aquele homem tem de que comer há noite?», ficava doente, doente... Eu tinha uma chefe que até dizia: «mas pensas que aqui é a santa casa da misericórdia?», porque eu estava sempre preocupada». «Estou a começar aprender a separar as coisas, porque a psicóloga diz-me que

		tenho de saber dizer não, porque não posso fazer tudo, não posso querer fazer tudo. E pronto, estou a tentar... custa-me um bocadinho...»
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Tenta relativizar.	«Às vezes fico triste quando não consigo fazer as coisas, mas penso que amanhã corre melhor».
Stress.	Afirma sentir stress no trabalho, nomeadamente na necessidade de cumprir rigorosamente horários.	«[risos] Claro que sim!». «Olhe o stress não digo das chefias, mas da maneira como se organiza o trabalho... é saber que às x horas tenho de estar ali e ainda estou aqui... Porque há contratempos e há uma fralda mais suja e não dá para anteceder isso. As pessoas exigem os horários e as chefias deixam, e se chegamos tarde está tudo mal disposto».
Futuro.	Afirma que quando envelhecer deseja receber os cuidados que fornece, sendo que não gostava de passar pela situação que muitos idosos se encontram. No futuro pretende continuar a cuidar de idosos.	«Olhe eu vou-lhe dizer uma coisa se não for melhor, que me tratem como trato, mas também lhe digo que não quero passar o que eles passam, prefiro não estar cá para contar a história». « Sim, sim...».

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 25 de Maio de 2016.

Duração: 26 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

E4 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”»		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência.	Explica que a relação com os cuidadores informais e familiares pode ser complicada, devido, muitas vezes, ao conflito de técnicas e conhecimentos. Afirma que a interferência é evidente, uma vez que os cuidadores informais e familiares acreditam, sob o seu ponto de vista, que sabem cuidar melhor.	<p>«É complicado... com os idosos é fácil. O mais problemático é a família. Primeiro porque não sabem... eles cuidam do idoso, mas a maneira deles cuidar é diferente, e às vezes dizer-lhes que o idoso precisa de determinada coisa eles não aceitam, faz-lhes imensa confusão. Porque como tiveram algum tempo eles a cuidar, eles pensam que como cuidam é que é a correta».</p> <p>«Explicando mais do que uma vez, pedindo ajuda às Doutoradas para elas falarem com a família, porque às vezes nós não conseguimos chegar à família e, pronto, depois de muita negociação é que nos conseguimos que a família aceite a nossa forma de cuidar. Depois de algum tempo...»</p> <p>«Não impediram, mas não saem dali e estão sempre a tentar ajudar e, às vezes, até nos retiram algumas coisas e dizem que não é assim... Demora tempo a aceitarem-nos. Por exemplo, há bem pouco tempo aconteceu o caso de uma senhora com um problema de anca em que os familiares cismaram que tínhamos sido nós a pegar na mãe à bruta, e só depois um dia ou dois é que</p>

		<p>perceberam que não e lá pediram desculpa. Alguns ainda pedem desculpa, mas outros nem isso...»</p> <p>«Sim, sim... Como eles estiveram algum tempo a cuidar e conseguiram um apoio de fora à pouco tempo, pensam que eles sabem mais que nós e que cuidam melhor que nós».</p>
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Acredita que o seu trabalho é bem encarado após algum tempo de adaptação à sua presença.	«Eu penso que depois de nos conhecerem, de nos verem a trabalhar, de alguma confiança... não tem havido razão de queixa, eles vão aceitando e acho que encaram bem o meu trabalho. Percebem também quando é preciso chamar outra pessoa, um enfermeiro, ou porque o chichi está mais amarelo, pronto vão aceitando o nosso trabalho e as nossas sugestões e ajudas».
Apropriação do espaço.	Afirma que varia de habitação para habitação, sendo que na generalidade possui liberdade de circulação.	«Algumas casas há barreiras, noutras casas não. As pessoas que estão sozinhas, por exemplo, temos liberdade, mas geralmente está tudo ali no quarto do idoso. Mas se precisarmos de ir à casa de banho buscar fraldas, resguardos,... também vamos».
Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Confessa que para além dos cuidados de higiene básicos, também desenvolve uma boa relação comunicativa com os idosos.	«Além da higiene, do banho, conversamos, brincamos, rimos, às vezes até choramos juntos. Mas geralmente não choramos até porque eu não sou de chorar, não admito que eles chorem e também eu não choro. Depende muito de

		idoso para idoso. Há alguns que até gostam de dizer palavrões na brincadeira comigo. Ainda hoje fui a um idoso que mal cheguei me chamou logo maluca, mas é evidente que não levo isso a sério. Ele oferece-me porrada e eu a ele, ou seja, é a relação que tenho com ele, mas não é com todos assim, depende das pessoas claro. Alguns infelizmente nem falam, mas eu falo, às vezes consigo-lhes tirar um sorriso...»
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Afirma que valorizam o seu trabalho e que existe um sentimento de preocupação para com as técnicas.	«Sem problemas... Há uma senhora que é muito engraçada, que está sempre a pedir desculpa, fica aflita que vamos sujar o avental, que não vamos conseguir que está muito pesada, coitadinha está sempre a pedir desculpa. Quando está cheia de cocó diz-me: «ai que você acabou de almoçar» e eu digo-lhe «olhe que eu posso vomitar que a seguir vou comer outra vez, não se preocupe». Ou seja, nota-se que se importam connosco e que nos valorizam».
Papéis.	Assume que não assume apenas o papel de cuidadora informal, acionando também o papel de amiga, ainda que com determinada cautela.	«Eu sempre aprendi que, por exemplo, não podemos ser amigas deles, porque não estão no juízo perfeito alguns... mas eu sou amiga deles, e nos dias piores acho que eles são meus amigos, não que me deem alguma coisa, coitados».
Dificuldades.	Afirma que a maior dificuldade que sente é a nível físico, procurando a ajuda através da formação	«Alguns são muito pesados, é a única dificuldade».

	de trabalho de equipa.	«Hum... demorando mais tempo a fazer o serviço e fazendo equipas, procurando outra pessoa».
Morte.	Revela ser uma situação difícil de lidar.	«É difícil... Alguns tocam-nos mais... por exemplo, há uma esposa que até vou telefonando para ver como está e vamos tomar café, conversamos um bocadinho, que ela perdeu o marido».
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade.	Afirma que as respostas formais não se encontram adequadas às necessidades dos idosos.	«Isto está muito mal. Nós temos alguns idosos que deviam estar institucionalizados e que não estão porque não há capacidade e respostas para isso. Nós temos o caso de uma senhora que me choca muito, que está sozinha e tem esquizofrenia. Pronto, vamos lá nós, mas não é a mesma coisa». «Não, não, de maneira nenhuma».
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Refere as vantagens que as formações já lhe proporcionaram.	«Já». «Hum... numa das formações tive gestão de comportamento e isso foi, para além da prática, fundamental, porque me ajudou a lidar comigo e com eles, porque temos idosos difíceis que não é fácil de lidar. E ajudou-me mesmo muito. As formações são muito importantes e qualquer uma que apareça eu não dispenso».
Expectativas/Papéis/	Análise	Excertos da entrevista

Frustrações		
Modo como encara o seu trabalho.	Acredita que o seu trabalho é dos mais importantes.	«Eu acho que o meu trabalho é dos mais importantes. Para além da saúde, que nós acabamos por ser um bocado psicólogas, médicas... claro que não dizemos que vai tomar isto ou aquilo, mas sabemos aconselhar».
Motivos inerentes à escolha da profissão.	Afirma que foi uma situação de desemprego que a levou a descobrir a sua verdadeira vocação. Apesar de gostar muito do que faz, acredita que o seu trabalho é profundamente desvalorizado por parte da sociedade, principalmente daqueles que não têm idosos dependentes na família.	«Olhe eu fiquei desempregada aos 40 anos e convenceram-me a fazer aqueles cursos do centro de emprego. Como só tinha o 5ºano, fiz um curso de nutrição para fazer o 6º e 7º ano e surgiu o curso para idosos, e entre idosos e crianças, optei por idosos, porque crianças já me chegavam as minhas, e fui para idosos e finalmente descobri o que queria ser quando fosse grande. Adoro, tenho pena de ser tão pesado e as pessoas não dão muito valor...» «Não, não, só quando têm algum problema dentro das portas, até aí não. É um serviço mal pago e desvalorizado. E pronto é desgastante. Eu num lar nunca trabalharia, porque nós aqui entramos numa casa, saímos e vemos a rua, a chuva, o vento, as pessoas, num lar é só aquilo... é deprimente. Eu admiro quem trabalha num lar».
Sozinha ou em equipa.	Confessa que prefere trabalhar em equipa, uma vez que privilegia o espírito de interajuda.	«Em equipa». «Também não me importo de trabalhar sozinha, mas em equipa trabalhamos

		<p>melhor. Se uma de nós não está bem, uma ajuda, noutro dia ajuda a outra. Claro que há formas de trabalhar diferentes, mas na minha equipa funciona muito bem, lindamente».</p>
Impacto do trabalho que desenvolve nas necessidades dos idosos.	<p>Afirma que o trabalho que realiza não supera as necessidades que os idosos apresentam, acrescentando que as famílias exigem em demasia do seu trabalho.</p>	<p>«Não, de maneira nenhuma».</p> <p>«Porque nós vamos lá de manhã dar o banho, alguns o pequeno-almoço, e vamos alguns de tarde e o resto? Alguns tem lá família, mas por vezes chegamos lá no dia seguinte e ainda têm a mesma fralda que lhes deixamos. Alguns dão-lhes de comer e de beber se se lembrarem».</p> <p>«Muito. Eles até preferiam que fossemos lá às 8 da noite».</p>
Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.	<p>Quanto aos pontos positivos destaca o gosto por aquilo que faz, já os negativos pautam-se pelo esforço psicológico e principalmente físico.</p>	<p>«Os positivos são estar a fazer aquilo que gosto, eu adoro. Tenho pena da idade estar a avançar e me sentir cansada. Os negativos é o desgaste físico e psicológico, mas o que me incomoda mais é o físico, às vezes tenho de tomar pastilhas todos os dias. O psicológico lido bem».</p>
Situações difíceis de lidar.	<p>Relata que as situações mais difíceis com que já se deparou tem a ver com a relação com os idosos.</p>	<p>«Um dia um idoso bateu-me, cuspiu-me... Outro já me mordeu a mão... E nós temos de engolir e gerir isso. E cuspir é nojento, foi das piores. Difícil também é quando vamos lá e eles estão quase a morrer, um dia tivemos de chamar o inem e ela não voltou».</p>
Influência do trabalho na	Afirma que o trabalho	«Só a nível físico».

vida pessoal.	influência a sua vida pessoal a nível físico, não negando que, por vezes, a nível psicológico também.	«Tento desligar, mas tem dias... Quando chego ao trabalho também desligo da vida pessoal».
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Relata técnicas como a yoga que a ajudariam a lidar melhor com as frustrações, mas como não tem possibilidade para o fazer, descontrai num café.	«Eu gostava de ir fazer yoga... mas como não faço, no sítio onde moro tenho lá um cafezito, ouço as queixas de uma e doutra, chego a casa e desligo. Quando tinha a minha amiga cá, íamos dar uma volta à noite, mas em casa não falo com ninguém, não tenho um ambiente familiar para isso».
Stress.	Sente stress pela necessidade de cumprir de forma rigorosa horários.	«Sinto quanto às horas, quando acontece alguma coisa e nos atrasamos. Às vezes quando temos de esperar pelos autocarros...»
Futuro.	Afirma que quando envelhecer gostava de receber os cuidados que oferece, ou ser transferida para um lar. Confessa que tem medo de ficar numa situação de dependência. Enquanto puder irá continuar a cuidar de idosos.	«Gostava de receber estes... apesar de dizer que quando estiver assim para me meterem num lar, mas eu sei que não vai ser fácil porque a minha reforma vai ser uma ninharia e não tenho dinheiro para um lar e se esperar pelos lares do Estado bem que morro em casa, e isso assusta-me muito. O meu medo maior é ficar dependente, e sei que os filhos não vão deixar de trabalhar...» «Tenho medo de ficar dependente, envelhecer não, mas ficar dependente sim... Tenho mesmo muito medo. De morrer não. Nós tínhamos um idoso com a minha idade totalmente dependente e isso choca-me».

		«Até puder... até ter forças para fazer o meu trabalho e para o fazer bem feito sim».
--	--	---

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 27 de Maio de 2016.

Duração: 20 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

E5 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência.	Afirma que a relação com os cuidadores informais e familiares se demonstra complicada, dada a excessiva interferência dos mesmos.	<p>«Em geral é complicado porque eles têm tendência para interferir no nosso trabalho, acho que eles não confiam muito nas nossas competências profissionais. Se for um enfermeiro ou um médico eles não se atrevem a dizer nada e connosco é um pouco ofensivo».</p> <p>«Na medida do possível... Com algum jogo de cintura, alguma educação, mas às vezes é desagradável, e às vezes sentimo-nos desrespeitadas».</p> <p>«Eu acho que são pessoas de si controladoras e transportam na relação que têm connosco. Como controlam o idoso sentem que também têm de nos controlar a nós e ao que fazemos».</p>
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Acredita que o seu trabalho é desvalorizado.	«Não é grande coisa... Eu acho que a nossa profissão não tem grande valor social. Acho que olham para nós como empregadas de limpeza, e como não vêm bem a nossa profissão isso reflete-se no nosso salário, porque somos muito mal pagas».
Apropriação do espaço.	Afirma que varia de habitação para habitação, mas no geral possui liberdade de circulação.	«Depende das casas, alguns levam a mal se entrarmos em algumas divisões outros não, outros dão-nos liberdade para ir buscar a água e isto e aquilo...»

Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Refere os cuidados de higiene pessoal, bem como o suporte emocional que fornecem.	«Em geral é a higiene pessoal mas também a parte emocional. Alguns só nos têm a nós. Há situações em que a família nem «bom dia» dá aos idosos. Há um grande desligamento emocional com os idosos. E o que nós trazemos do exterior, a nossa alegria, acaba por suprir uma falta que os idosos têm, que mais ninguém lhes faz, nem sequer a família. Há pessoas que vivem com a família mas é a mesma coisa que se vivessem sozinhas. No outro dia uma senhora já me disse que se não fossemos nós que morria muda».
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Sente que valorizam o trabalho que realiza.	«Na generalidade eles apercebem-se do valor do trabalho que prestamos e isso é o que importa. A família, por vezes, complica, mas a pessoa que recebe, embora alguns sejam pestes e quase intratáveis, a maior parte valoriza-nos e ao nosso trabalho. No tempo que lá estamos sabemos que vamos dar qualquer coisa que a pessoa precisa. Damos e recebemos, porque eles dão-nos muito carinho também».
Papéis.	Aciona o papel de cuidadora formal tentado que seja esse o prevaiente, sendo que não nega acionar outros papéis.	«Eu tento não misturar porque isso às vezes pode ser complicado... Eu entendo, aliás eu estabeleço desde o início um limite que eu acho que não devemos passar daquela linha. Sempre com

		respeito, carinho e acesso, mas sem entrar em familiaridade, porque a proximidade excessiva pode dar confusão».
Dificuldades.	Assume que uma das maiores dificuldades é lidar com a revolta que o idoso sente.	«Às vezes a revolta do idoso que poderá ter a ver com a situação, o isolamento e a própria dependência, embora eu ache que é algo que já pode vir de antes. Mas eu tento lidar e perceber... não digo que consiga a 100%, mas tento colocar-me na situação do idoso, é assim que ultrapasso as dificuldades. E não levar a mal, perceber».
Morte.	Demonstra saber lidar bem com a situação.	«Já tive dois casos de utentes que me morreram nas mãos... mas pronto lidei bem. Estava preparada e não sabia que estava. Lidei bem, sem histerias». «Acho que não... Houve o caso em que até morta consegui lavá-la, vesti-la... não me afetou psicologicamente».
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade.	Refere que as respostas dadas a idosos dependentes se encontram razoavelmente ajustadas, sendo que acredita que alguns aspetos variam de instituição para instituição.	«Não é perfeita, mas é possível dentro da disponibilidade de dinheiro e pessoal. São tantas as carências que não é possível conseguir tudo, mas olhando para o passado fez-se muita coisa e quem recebe os cuidados tem consciência disso. Alguns até dizem que quando eram pequeninos nunca usaram fraldas e agora usam fraldas. As

		<p>peças percebem as mudanças».</p> <p>«Depende de instituição para instituição, acho que tem muito a ver com isso. E com a sensibilidade».</p>
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Afirma que já fez várias vezes formações e que a continuidade das mesmas é essencial.	<p>«Sim, muitas vezes».</p> <p>«É mais o relembrar de coisas... Eu já fiz um curso de primeiros socorros que tive, mas sem prática acho que não sei fazer isso. Nos idosos, diziam para pormos o creme no corpo todo, entre os dedos... agora já dizem para não fazer isso. Ou seja, atualização é importante».</p>
Expectativas/Papéis/ Frustrações	Análise	Excertos da entrevista
Modo como encara o seu trabalho.	Acredita que o seu trabalho é de extrema importância, contudo afirma que o desvalorizam.	<p>«Eu gosto e acho que é importante porque nós suprimos uma necessidade que a família não tem condições para o fazer. Por exemplo, se o cônjuge é idoso não consegue, ou o caso dos filhos que trabalham. Eu acho que nós técnicas devíamos valorizar mais a nossa profissão, e dignificá-la. E se nós não nos valorizarmos a resposta será a essa nível. A gente queixa-se e não faz a nossa parte, nós temos de dignificar a nossa profissão. Devemos esperar que nos respeitam e assim esperar a dignificação da imagem social da nossa função».</p> <p>«Sinto que não é valorizado cá, mas sei que</p>

		noutros países não é assim... no caso da Suíça por exemplo».
Motivos inerentes à escolha da profissão.	Afirma que em consequência de uma situação de crise económica viu-se obrigada a procurar uma alternativa.	«Olhe... eu tinha um curso de estilismo e trabalhava por minha conta, mas em 84 com a entrada do FMI recebia cheques sem cobertura, então fui para o centro de emprego e fiz o curso porque sempre gostei de lidar com pessoas idosas. Lá avisaram-me que era um trabalho pesado mas não faz mal. E estou satisfeita e ainda não me arrependi até hoje».
Sozinha ou em equipa.	Afirma que prefere trabalhar em equipa devido à ajuda mútua da qual pode usufruir.	«Em equipa». «Porque eu acho que ajuda-me fisicamente porque partilhamos o esforço e também mentalmente porque nem sempre estamos no nosso melhor. Assim em equipa partilhamos os bons e maus momentos juntas e para o utente também é bom porque a nível físico não temos de exigir tanto dele».
Impacto do trabalho que desenvolve nas necessidades dos idosos.	Refere que o trabalho que desenvolve, por si só, não se revela suficiente.	«Não... Porque há coisas que não pudemos suprir. O amor da família nós não podemos suprir. A parte da saúde também não podemos suprir».
Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.	Afirma que um dos pontos positivos é sentir-se útil, quanto aos negativos relacionam-se com a forma como a sociedade a encara e ao seu trabalho.	«Positivo é... prestar um trabalho a alguém que precisa dele. Eu quando vou ali vou deixar melhor do que encontrei aquela pessoa. O negativo é porque eu acho que somos invisíveis na casa do utente, na instituição e na sociedade. Acho que somos usadas como uma

		ferramenta que não temos sentimentos... é sempre o utente, o utente, o utente. E ninguém se preocupa connosco».
Situações difíceis de lidar.	Confessa que as situações mais difíceis que já teve de lidar encontram-se intrinsecamente ligadas com a relação que tem com alguns idosos.	«Foram dois doentes homens, um deles era mesmo muito difícil... eu era insultada desde que passava a porta, era de puta para cima que ele me chamava. Mas depois acalmava e até pedia desculpa quando eu saia». «Fui lidando... Um dia fui de férias e quando regresssei ele faleceu e deixou-me uma caixinha. Nunca pensei que ele fosse pensar em mim antes de morrer».
Influência do trabalho na vida pessoal.	Acredita que o trabalho não interfere na sua vida pessoal.	«Eu tento que não interfira. E acho que não interfere».
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Afirma conseguir lidar bem com os momentos difíceis.	«Sou uma pessoa equilibrada acho que lido bem com as coisas».
Stress.	Sente stress, sobretudo devido às exigências da família.	«Às vezes quando me pressionam para além do aceitável... não é muito comum mas acontece. A família exige muito, exigências até desfaçadas da realidade. As instituições também exigem mas não é tanto».
Futuro.	Afirma que quando envelhecer deseja receber os cuidados que fornece, confessando que não tem medo de envelhecer mas sim de ficar dependente. Pretende continuar a cuidar de idoso durante toda a sua vida.	«O tipo que eu presto. Não sei como as coisas vão ocorrer... mas quero que me ajudem no que eu não puder fazer, só nisso, e algum apoio emocional». «Não». «Ai isso sim, isso tenho». «Sim, eu quando me

		reformatar quero continuar a fazer isto em regime de voluntariado».
--	--	---

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 27 de Maio de 2016.

Duração: 19 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

E6 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”»		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência.	Refere que a relação com os familiares e cuidadores informais se revela pacífica, referindo que tenta sempre conhecer bem as pessoas nas primeiras abordagens para perceber como lidar com elas. Acrescenta, ainda, que existe interferência por parte dos cuidadores informais e familiares.	<p>«Na primeira abordagem tento aperceber-me que tipo de pessoas são e a partir daí normalmente corre bem. Dentro do serviço e dos vários utentes há diferentes perspetivas e que nem sempre são certas de quem está do outro lado... e eu tento ver a perspetiva da pessoa e tento corresponder ao que a pessoa pretende ou tentar corrigir... mas sempre numa relação de cordialidade, de empatia... que é muito importante. Normalmente não posso dizer que tenha tido conflitos nem graves nem menos graves».</p> <p>«É assim... haverá caso pontuais em que as pessoas tentam ou por ignorância ou porque pensam que não estamos devidamente credenciadas para o serviço. Não é um processo fácil, porque convencer a pessoa que está errada não é fácil, porque eles pensam que às vezes o que fazem é o correto. Por vezes a pessoa pensa que está a fazer bem e não está. Eu tento esclarecer... Por exemplo, para pôr uma almofada nos pés eu explico que tem de ser assim e eles acabam por perceber até porque perguntam ao doente se está bem e dizendo que sim</p>

		os familiares acreditam que o procedimento está bem porque o idoso sente-se bem. Muita gente não sabe pôr uma fralda, pensam que é como um bebê que se põe o rabiosque para cima... e não são obrigados a saber, não é o trabalho deles».
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Acredita que os familiares e cuidadores informais têm uma imagem positiva do trabalho que realiza.	«Eu acho que a perspetiva é boa... com o decorrer do tempo... Claro que há a fase de adaptação e a pessoa vai estabelecendo confiança com a pessoa e ao longo do tempo estabelece-se relação de confiança em que eles percebem que nós sabemos o que estamos a fazer. O que não quer dizer que não existam exceções... há pessoas com temperamento complicado, mas são casos raros. Mas ter de explicar como se explica a uma criança não é fácil, porque os familiares querem saber como se faz como não se faz».
Apropriação do espaço.	Refere que a apropriação do espaço não é total, uma vez que frequenta somente as áreas estritamente necessárias.	«Quer dizer... eu poderia ir a todas as divisões mas não devo, a não ser que nos deem livro trânsito para isso. Mas normalmente vamos aos locais só onde temos de fazer o serviço, ou seja, o quarto, casa de banho e obviamente se houver outra divisão... a sala para pôr na cadeira. Mas há um pressuposto de confiança... claro que uma pessoa não vai abrir uma gaveta sem ter permissão. E eu tenho sempre consciência que estou em

		<p>casa dos outros, em casa alheia... Eu geralmente peço licença quando tenho de ir a sítios que não costumo ir por alguma razão. Mas não podemos fazer da casa dos outros a nossa».</p>
Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Afirma que os cuidados que realiza ao idoso são de higiene e limpeza habitacional, caso necessário.	«Cuidados de higiene essencialmente e habitacionais. Às vezes é preciso dar um jeito na casa e nós fazemos isso. Não é diretamente ao idoso mas acaba por ser porque é a casa dele».
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Acredita que os idosos encaram bem o trabalho que realiza e percebem o quão imprescindível é para eles.	«Eu acho que encaram bem e muitos até habituam-se e depois chega aquela hora do dia e eles sentem se ninguém aparecer lá. Estabelece-se aquela relação porque a pessoa apercebe-se que vamos ali fazer um serviço que é muito importante e eles esperam muitas vezes por nós como quem espera por deus, porque nós é que vamos ali limpá-los, porque eles sabem que sozinhos não conseguem».
Papéis.	Tenta não acionar papéis para além de cuidadora formal, sendo que, na sua opinião, se trata de uma tarefa quase impossível.	«Uma boa pergunta... às vezes, em certos casos, eu noto que é preciso um bocadinho aquele papel de ouvinte, uma abordagem mais tranquilizadora... porque há pessoas que estão com alguns problemas... nós não podemos ser um autómato, há robots na limpeza mas nós não somos robots. Tentamos tranquilizar a pessoa e isso tem acontecido muitas vezes.

		Não podemos prometer o céu e a terra mas tentamos tranquilizar a pessoa perante a situação em que ela está».
Dificuldades.	Refere que as maiores dificuldades residem em saber lidar com idosos psicologicamente debilitados.	<p>«Em alguns pode haver... os mais difíceis são aqueles que cognitivamente não estão bem. Os que tem paranoias, visões... é difícil porque convencer a pessoa que não está a ter alucinações... e temos muitas vezes que fazer o papel do diabo e dizer que a pessoa de facto está a ver mas na verdade não está».</p> <p>«Por vezes temos de dar razão às pessoas para depois as convenceremos do contrário. Por exemplo, dizem-me que está um homem debaixo da cama e digo-lhes que já lá fui e que o mandei embora. Tenho de entrar no mundo deles para os trazer para aqui, para o nosso mundo».</p>
Morte.	Afirma conseguir lidar naturalmente com a morte.	«Já me passaram uns casos pelas mãos, e dois diretamente pelas mãos... já estou preparada para isso e sei que é um processo normal. Mantenho a calma... Houve um dia que fui a casa de uma senhora e ela estava morta então eu tomei os procedimentos necessários, chamei o 112 e mantive a calma. E pronto lido bem, com a frieza necessária. Claro que não é agradável, lidar com a morte não é agradável, mas tento reagir normalmente. Isto é como trabalhar num hospital ou

		<p>numa guerra, temos de estar preparados. Até já me aconteceu morrerem-me nas mãos... Mas nós temos de separar as coisas... sentir a falta é com a família porque temos de manter o distanciamento necessário e para quem trabalha na saúde isso é essencial. Tudo isto está ligado a um fim de vida e se não tivermos consciência que a pessoa pode falecer a qualquer momento... Claro que temos pena porque até podemos desenvolver amizade, mas temos de separar as águas, porque a pessoa não é da nossa família. É tudo q.b. Uma enfermeira um dia disse-me que quem trabalha na saúde é tudo q.b., é como na comida... se colocarmos mais ou menos está errado. É como na comida, nem sal a mais nem sal a menos. A pessoa nem se pode apegar demasiado nem de menos, também temos de ter o necessário carinho e atenção... mas quando interfere muito com sentimentos não, porque não é família, não são laços de sangue. E gera-se amizade, sim, mas nós temos de ter consciência que a pessoa vai morrer. É bom ter essa clareza».</p>
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade.	Acredita que as respostas que têm vindo a ser direcionadas para os idosos	«Eu penso que já está a ser feito alguma coisa nesse sentido... podia ser feito

	se encontram mais ajustadas relativamente com o que se oferecia no passado, sendo que existem determinados aspetos que ainda não se encontram ajustados.	mais, mas já há uma preocupação, quer nas unidades de cuidados continuados, quer nas instituições, mas claro que era preciso muito mais. Por exemplo, era preciso instituições para problemas mentais e o que há é caro e não é tão acessível assim. E as famílias não podem, porque têm de trabalhar, e nesses casos devia haver mais respostas para essas pessoas». «A rede devia ser mais alargada... não chega a todos, a todos os sítios. Devia haver um estudo mais detalhado das necessidades das pessoas».
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Realça a importância da formação.	«Já». «Para já... já fiz muita formação e foi muito o relembrar do que eu já sabia, mas nunca é demais porque passamos a vida a aprender e é sempre bom. Mas interferir no trabalho com os idosos não... o psicológico é que tem de ser muito trabalhado na formação. E nós temos de gerir, é como um casamento se não for bem gerido dá em divórcio passado um ano».
Expectativas/Papéis/ Frustrações	Análise	Excertos da entrevista
Modo como encara o seu trabalho.	Afirma que o seu trabalho é importante e que a sociedade já o começa a encarar nesse sentido.	«Eu acho que o meu trabalho é muito importante até porque é uma alternativa à institucionalização. Eu acho o meu trabalho muito

		<p>importante para a sociedade».</p> <p>«Em termos de destinatários as pessoas compreendem que não é um trabalho fácil, em termos de estratos sociais já esteve pior... Eu acho que há mais um reconhecimento.</p> <p>Antigamente quando isto começou não havia os apoios que hoje há e na altura podia ser visto com menos valor, mas agora eu acho que há uma tendência diferente, até devido à formação que se faz, e talvez já nos vejam com outros olhos».</p>
Motivos inerentes à escolha da profissão.	Refere que sempre gostou da área da saúde e de lidar com pessoas e a oportunidade de trabalhar com idosos surgiu.	«Ui... isso dava uma novela de audiência. Olhe eu gostei sempre da área da saúde e há muitos anos atrás em inscrevi-me num curso de saúde e por motivos económicos e familiares, o meu pai faleceu... e eu não pude continuar isso. Mas eu gostei sempre primeiro da área da saúde e depois de pessoas. E na altura em que se percebeu a tendência para atender as pessoas de idade, eu tive conhecimento de um curso nesta área e fiz e a partir daí fui para o centro de emprego e aqui estou eu».
Sozinha ou em equipa.	Refere que lhe é indiferente trabalhar sozinha ou em equipa.	«Trabalho bem das duas maneiras».
Impacto do trabalho que desenvolve nas necessidades dos idosos.	Acredita que o trabalho que desenvolve com os idosos é essencial, mas que não é suficiente.	«Tanto quanto possível sim... claro que precisavam de mais intervenções, mas do que

		nós fazemos e do que nós é possível sim».
Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.	Afirma que os pontos positivos concentram-se no agradecimento que os idosos sentem para com o trabalho que realiza. Relativamente aos negativos refere o desgaste físico e emocional.	«Honestamente? Olhe é o olhar que a pessoa nós dá, o reconhecimento que nós dá com um simples olhar ou aperto de mão. E é isso que compensa até porque isto é um trabalho que é muito de voluntariado, percebe? Nós damos muito. E saber que contribuimos de alguma maneira para a pessoa se sentir melhor é a parte, na minha perspetiva, que é a mais positiva. Há situações, até de utentes que estão em sofrimento terminal, em que num simples aperto de mão aquilo é um obrigada. É surdo, é mudo, mas sente-o...».
Situações difíceis de lidar.	Relata um caso de uma idosa com problemas mentais.	«Ai o desgaste psicológico sem sobra de dúvida. É uma profissão que absorve muito a pessoa quer a nível físico quer a nível psicológico. É muito desgastante».
		«Olhe foi quando encontrei há muitos anos uma senhora no chão... essa senhora tinha muitos distúrbios e encontrei a senhora aos gritos e para acalmar a senhora foi complicado. Lá consegui levantar a senhora e acalmá-la. Eu quando entro em casa de uma pessoa já vou para tudo, já vou preparada para tudo».
Influência do trabalho na vida pessoal.	Afirma que o trabalho que desenvolve não tem impacto na sua vida pessoal.	«Consigo separar senão já me tinha deitado da ponte abaixo [risos]. Você sabe que eu sou brincalhona,

		mas olhe que o humor também diz muita coisa... Temos de saber lidar, cada pessoa é um mundo».
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Refere que uma das estratégias que usa para lidar com os momentos mais complicados é não pensar muito sobre eles.	«Eu tento nem pensar. Saio do serviço e é turn over. Não estou a dizer que é fácil, mas ao longo do tempo arranjam forma de auto-descompressão».
Stress.	Confessa que sente stress no trabalho.	«Sinto, mas olhe se pensar nisso ainda tenho um ataque cardíaco. Tento relativizar, e andar com calma senão ainda caio pela rua e olhe...»
Futuro.	Quando envelhecer deseja receber cuidados em sua casa, acrescentando que não tem medo de morrer. No futuro pretende continuar a trabalhar com idosos.	<p>«Ai não sei... olhe preferencialmente em minha casa, porque nem todos têm a mesma sorte para a institucionalização. Mas preferia estar em minha casa».</p> <p>«Não, tenho é medo de sofrer, mas não é um medo que me assola. Mas não vou pensar muito nisso que não vale a pena, é como ter um filho enquanto esperamos 9 meses não vamos passar esses meses a pensar no parto, quando for logo vemos. É preciso é saber envelhecer, é um processo natural, nós quando nascemos já estamos a envelhecer, já estamos em contagem decrescente... e temos de ter noção disso, senão olhamos para o espelho e quando estivermos velhas surpreendemo-nos».</p> <p>«Sim, é a minha carreira, é o meu trabalho... só se não houver trabalho».</p>

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 1 de Junho de 2016.

Duração: 36 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

E7 – Sinopse da entrevista realizada no âmbito do estudo “Sou velho, sou dependente e agora?”		
Relação com os cuidadores informais e familiares	Análise	Excertos da entrevista
Contacto/interferência.	Refere que a relação que estabelece que os cuidadores informais e com a família do idoso é pacífica, acrescentando que estes interferem no seu trabalho.	«É normal... adaptando caso a caso porque as famílias são todas diferentes e nós temos de nos adaptar a elas. Na minha perspectiva é pacífica». «Em alguns caso sim... e acabam por ser bastante exigentes, querem mais do que é o nosso trabalho. Mas lá está eu tento explicar e fica tudo bem».
Perspetiva que os cuidadores informais e familiares têm sobre o seu trabalho.	Acredita que é encarada como alguém que lhes retira alguma da carga que têm.	«Na minha perspectiva eles vêm-me como alguém que presta ajuda, alguém que lhes alivia a carga que eles têm de cuidar do familiar ao longo do dia. Somos uma terceira pessoa que se importa com eles e que os ajuda».
Apropriação do espaço.	Afirma que utiliza somente os espaços estritamente necessários.	«Lá está depende dos casos e do que as pessoas pedem... porque há pessoas muito reservadas, outros não... mas eu por norma sei que não estou em minha casa. Respeito o espaço de cada um. Não gosto de invadir o espaço».
Relação com o idoso	Análise	Excertos da entrevista
Cuidados.	Refere que os cuidados que presta são vários.	«Desde a higiene, fazer a cama, mudar a roupa da cama, fazer algumas tarefas que eles querem fazer e não conseguem... isso varia muito dos serviços de idoso para idoso».
Forma como o idoso encara o seu trabalho.	Acredita que a forma como o idoso a encara varia de acordo com as situações e com o tipo de relação	«De várias maneiras... o que está consciente de uma maneira, o que está inconsciente de outra

	existente.	maneira. Alguns deles ficam muito felizes porque não vêm mais ninguém sem sermos nós, porque esperam um «bom dia» ou «boa tarde», ou um comprimido...»
Papéis.	Refere que aciona múltiplos papéis.	«Eu acho que aciono outros papéis... porque é impossível não o fazer, até os familiares estão carentes. E nós somos ouvintes, tentamos amenizar a própria tristeza que sentem. Acionamos papéis perante o que necessitam».
Dificuldades.	Afirma que as dificuldades relacionais são diversas mas que as resolve através da comunicação.	«Muitas... porque cada ser humano é diferente um do outro... num momento está a falar bem e no outro momento não. Tentamos sempre ir ao encontro o que não é fácil, e muitas vezes não é o que a gente acha mas o que eles acham, porque nós também não vamos lá para eles ficarem tristes». «A conversar... Eu digo: «olhe e se experimentássemos assim? E se hoje fizéssemos assim?». Não podemos usar muitas armas a não ser a linguagem, a boa disposição...».
Morte.	Confessa que sofre com a morte dos idosos.	«Olhe... hoje melhor que ontem. Hoje já encaro como algo normal e natural. Mas muitas vezes senti falta de preparação para lidar com isso e eu própria tive de me preparar para isso. Se tivermos muita comunicação com o idoso nós acabamos

		também por sofrer com a morte deles».
Avaliação das respostas formais em relação às necessidades dos idosos	Análise	Excertos da entrevista
Oferta/qualidade.	Acredita que as respostas não se encontram ajustadas.	«Muito deficientes em todos os aspetos. Hoje está tudo melhor, porque se fôssemos para o tempo da minha mãe não havia nada. Agora há muitas ajudas, até há demais... mas não vão ao encontro do que se precisa. É tudo um comércio e nem sempre se ajustam ao que é preciso». «Não, de todo».
Aprendizagem/Formação	Análise	Excertos da entrevista
Importância da formação.	Diz que já fez formação mas que as sessões que frequentou não a ajudaram em dimensões que considera importantes.	«Sim, eu até tenho curso de geriatria». «Eu acho que as formações não estão nada de acordo com as necessidades que nós temos e do nosso bem-estar. Porque quem lida com os idosos devia ter uma retaguarda, um convívio... A formação que fiz não teve impactos com os idosos porque para mim cada caso é um caso e os casos não são avaliados separadamente, é tudo em conjunto e quando assim é algum fica de fora. Teria de haver um trabalho por detrás muito maior e isso não é fácil. Varia muito de ser humano para ser humano... não adianta ter um canudo sem conhecer o terreno e as necessidades».
Expectativas/Papéis/Frustrações	Análise	Excertos da entrevista
Modo como encara o seu trabalho.	Refere que o seu trabalho é importante mas que tem	«É muitíssimo importante, mas muito deficiente».

	<p>muitas carências.</p>	<p>«Devido às carências de meios para darmos apoio aos idosos. Nós não conseguimos fazer um trabalho personalizado para cada um porque não temos meios para isso. Não é uma higiene durante 1h que resolve as carências todas durante o dia».</p>
<p>Motivos inerentes à escolha da profissão.</p>	<p>A divulgação de um curso de cuidados a idoso fez com que se interessasse por esta profissão.</p>	<p>«Eiiii [risos]. Eu tenho uma história muito longa... eu divorciei-me, fiquei grávida, sustentei essa criança que agora está um homem e tinha de sustentar essa criança. A junta de freguesia apresentou-me esta oportunidade e comecei a trabalhar nesta área e o tempo foi passando... já são 19 anos quase».</p>
<p>Sozinha ou em equipa.</p>	<p>Afirma que lhe é indiferente trabalhar em equipa ou sozinha.</p>	<p>«É indiferente... logo que nos consigamos entender bem...»</p>
<p>Impacto do trabalho que desenvolve nas necessidades dos idosos.</p>	<p>Acredita que o trabalho que realiza não é suficiente para suprir as necessidades dos idosos.</p>	<p>«Não... não é o que fazemos que supera tudo».</p>
<p>Aspetos positivos/negativos do trabalho que desenvolve.</p>	<p>Refere que o aspeto mais positivo do seu trabalho é poder lidar com pessoas. O mais negativo é o egoísmo do idoso.</p>	<p>«O facto de lidar com o ser humano... e dá-me muita tristeza ver um ser humano fechado em casa. Nós hoje em dia gostamos muito dos animais e eu acho bem, mas também temos de gostar muito das pessoas. Eu gosto muito do ser humano».</p> <p>«Sim, as pessoas no geral. Porque estamos a entrar numa era com poucos valores. Enquanto a família antigamente era mais unida e tomava conta do idoso ou</p>

		<p>mesmo os vizinhos... hoje em dia o idoso cuida do seu umbigo».</p> <p>«É quando o idoso só pensa nele e não pensa que temos de ir tratar de outros».</p>
Situações difíceis de lidar.	Afirma que uma situação difícil com que lidou recentemente foi o caso de uma idosa com problemas mentais.	«Olhe vou-me falar de uma situação muito recente. Foi entrar em casa de uma senhora que não está bem psicologicamente e que passa o dia sozinha em casa, ela estava bem mais magra e pedi-me para chamar a filha com as lágrimas dos olhos. Eu fiz de conta que chamei a filha, e vim embora com o coração nas mãos. E mais tarde quando lá fui levar a refeição, ela estava sentada no chão a babar-se e a chorar e perguntou-me se eu tinha chamado a filha e ela disse-me que a filha não foi lá. Não é fácil lidar com isto... Lidar com pessoas que tem problemas mentais muito graves e que estão sozinhas e eu não fico bem com isto...»
Influência do trabalho na vida pessoal.	Assume que o trabalho influencia em grande medida a sua vida pessoal, admitindo que também ela precisava de ajuda profissional para lidar com isso.	<p>«Sim...».</p> <p>«Ai filha... eu tento acordar de manhã... chego a casa no fim do dia muito triste porque eu caminho para lá, vou fazer 60 anos. E eu não tive os meus filhos para cuidarem de mim, eu tive os meus filhos para a vida, eles são da vida, eles têm de lutar por o que eles querem... eu não quero ser um entrave. Eu tenho 3 filhos e quero</p>

		<p>que eles vão todos à vida deles e que sejam todos felizes. Eu quando vir outra vez aquela senhora assim eu chamo a polícia... Não pode ser».</p> <p>«Sim, todos nós precisamos... Mas esta carga tem um efeito e os nossos familiares é que levam com isso. E ficam tristes... Ainda ontem foi o aniversário da minha filha e eu não estava bem e a minha filha percebeu que eu estava sem ânimo devido aos problemas no trabalho».</p>
Gerir as frustrações e momentos difíceis.	Afirma que descarrega as suas frustrações na família ou refugia-se no seu quintal ou a dormir.	«Depende... se estiver disposta a pegar com o meu filho pego com ele [risos]. Mas geralmente vou para o quintal, cuido das flores... e vou para a cama mais cedo e penso que já vi tanta coisa durante o dia e durmo. Eu gosto de dormir, não sei se é um refúgio mas sabe-me bem e ver se acordo mais bem-disposta no outro dia».
Stress.	Refere que sente muito stress no trabalho.	«Muito filhota. Nós andamos a correr, andamos de transportes públicos... acabamos por chegar em casa do utente e é a correr. Qualquer dia dá-me um avc».
Futuro.	Afirma que não deseja envelhecer e ficar na situação dos idosos a quem presta cuidados. Confessa estar à espera da reforma.	<p>«Eu não vou envelhecer... porque lá em cima eles têm de tomar conta de mim...».</p> <p>«Não... Eu não quero é de maneira nenhuma é que os meus filhos ou outra pessoa estejam a cuidar de</p>

		<p>mim numa cama. Eu não me permito isso. Eu não quero chegar a uma situação dessas, eu não me permito chegar a isso».</p> <p>«Eu estou à espera da reforma... porque eu preciso de descansar, porque isto não é fácil. E as pessoas não compreendem, mas isto é muito desgastante, muito frustrante. É preciso a gente se entregar para não receber nada. Às vezes nem um olá, nem um obrigado. Não somos valorizadas por parte da sociedade, das famílias, das instituições...».</p>
--	--	--

Dados da entrevistada: mulher, técnica do serviço de apoio domiciliário da LPPS.

Local de realização da entrevista: LPPS.

Data: 1 de Junho de 2016.

Duração: 27 minutos.

Nota: A codificação da entrevista apresenta-se numa linha que segue a estrutura do guião da entrevista, contudo durante a realização da mesma a entrevistada alterou a ordem de determinadas questões.

Anexo 10: Grelhas de observação

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 1)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa de familiares.
Número de divisões da habitação: 8-9
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadaria enorme, sem elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação muito antiga, muito limpa, com bastante iluminação.
Equipamentos disponíveis: Apenas me foi dada a possibilidade de conhecer o quarto do idoso, pelo que no interior do mesmo tem rádio e televisão.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: O quarto do idoso é extremamente reduzido, e encontra-se recheado de livros.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 2)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 5.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadaria enorme, sem elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação muito antiga, limpa.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, micro-ondas, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, fogão, máquina de café, rádio, televisão, telefone, dvd, computador.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Corredor extenso que faz as ligações às diversas divisões da casa.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 3)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 4.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação recente, muito limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, micro-ondas, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, fogão, máquina de café, rádio, televisão, telefone, aquecedores.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Alguns móveis tiveram de ser reposicionados devido ao facto da idosa deslocar-se de cadeira de rodas.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 4)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa de familiares.
Número de divisões da habitação: 4-5.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadaria enorme, sem elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação muito antiga, muito limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, micro-ondas, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, fogão, máquina de café, rádio, televisão, telefone, aquecedores elétricos.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Habitação extremamente quente devido aos vários aquecedores elétricos.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 5)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 5.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação recente, muito limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, micro-ondas, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, fogão, máquina de café, rádio, televisão, telefone, computador.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Habitação muito iluminada.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 6)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 8-9.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadaria.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação recente, muito limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, micro-ondas, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, fogão, máquina de café, rádio, televisão, telefone, computador, aquecedores.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Habitação muito fria.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 7)
Localização da habitação: Periferia da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa de familiares.
Número de divisões da habitação: 5.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadaria, sem elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação antiga, muito suja e desarrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, micro-ondas, esquentador, máquina de lavar roupa, fogão, máquina de café, televisão, telefone, computador.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Habitação com dois gatos.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 8)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 5.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Degrau na entrada da casa.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação antiga e degradada, pouca limpeza, arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, máquina de lavar roupa, fogão, televisão, rádio, telefone.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações:

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 9)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 6.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Elevador.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação recente, muito limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Apenas me foi possível conhecer o quarto do idoso, onde se verificava uma televisão e telefone.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: O quarto do idoso sofreu algumas modificações no mobiliário, de modo a manterem a cama de casa e a cama articulada.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 10)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 4.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadas.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação recente, muito limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, fogão, esquentador, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, televisão, rádio, máquina de café, telefone.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações:

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 11)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa de familiares.
Número de divisões da habitação: 6-7.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadas.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação muito antiga, com vestígios de humidade, limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, fogão, máquina de lavar roupa, televisão, rádio, telefone.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações:

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 12)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 6-7.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadas.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação muito antiga, com vestígios de humidade, limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, fogão, máquina de lavar roupa, televisão, rádio, telefone.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações: Trata-se de uma habitação fortemente marcada pelo som, em todas as divisões é possível escutar o rádio.

Grelha de observação do conforto habitacional (Idoso 13)
Localização da habitação: Centro da cidade.
Regime de ocupação da habitação: Casa própria.
Número de divisões da habitação: 5.
Barreiras arquitetónicas/acessibilidade: Escadas.
Condições de conservação da habitação, higiene e limpeza: Habitação muito antiga, limpa e arrumada.
Equipamentos disponíveis: Frigorífico, fogão, esquentador, máquina de lavar roupa, televisão, rádio, telefone.
Elementos de adaptação do espaço da casa: A habitação não sofreu qualquer tipo de adaptação.
Outras observações:

Anexo 11: Tabela 14 – Nacionalidade dos inquiridos

Nacionalidade		
	N	%
Portuguesa	13	100%
País africano das ex-colónias	-	-
Outra	-	-
TOTAL	13	100%

Anexo 12: Tabela 15 – Concelho de naturalidade dos inquiridos

Concelho de naturalidade		
	N	%
Felgueiras	1	7,7%
Lamego	1	7,7%
Maia	1	7,7%
Matosinhos	1	7,7%
Paços de Ferreira	1	7,7%
Paranhos	2	15,4%
Paredes	1	7,7%
Santo Ildefonso	1	7,7%
Vila Nova de Famalicão	1	7,7%
Vila Nova de Gaia	1	7,7%
Vila Nova de Paiva	1	7,7%
Vitória	1	7,7%
TOTAL	13	100%

Anexo 13: Tabela 18 – Profissão dos inquiridos

Profissão		
	N	%
Comerciante (numa casa de pasto)	1	7,7%
Operário de construção civil	1	7,7%
Copeira (num café)	1	7,7%
Empregada de limpeza (numa loja de acessórios de automóveis)	1	7,7%
Funcionário público (setor da higiene e limpeza)	1	7,7%
Gerente profissional (numa empresa de bebidas)	1	7,7%
Litografo (escolhia selos e colecionava cheques)	1	7,7%
Modelista de calçado	1	7,7%

Peixeira	1	7,7%
Técnico de contas	1	7,7%
TOTAL	13	100%

Anexo 14: Tabela 21 – Necessidade de ajuda para realização das AVD/ABVD

Necessidade de ajuda para realização das AVD/ABVD		
Deitar-se e/ou levantar-se da cama		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	2	15,4%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	5	38,5%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	5	38,5%
TOTAL	13	100%
Lavar o rosto e as mãos		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	3	23,1%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	1	7,7%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	5	38,5%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	4	30,8%
TOTAL	13	100%
Tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	-	-
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	-	-
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	7	53,8%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	6	46,2%
TOTAL	13	100%
Vestir-se ou despir-se, incluindo calçar sapatos e calçar meias		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	1	7,7%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	5	38,5%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	6	46,2%
TOTAL	13	100%
Ir à casa de banho para usar a sanita		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	3	23,1
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	-	-
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	6	46,2%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	4	30,8%
TOTAL	13	100%
Comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	5	38,5%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	2	15,4%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	3	23,1%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	3	23,1%

TOTAL	13	100%
Tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	3	23,1%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	0	0%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	5	38,5%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	5	38,5%
TOTAL	13	100%
Deslocar-se dentro de casa		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	3	23,1%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	4	30,8%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	5	38,5%
TOTAL	13	100%
Subir e descer escadas		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	2	15,4%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	1	7,7%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	9	69,2%
TOTAL	13	100%
Sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	1	7,7%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	8	61,5%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	3	23,1%
TOTAL	13	100%
Fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	1	7,7%
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	2	15,4%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	9	69,2%
TOTAL	13	100%
Fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	1	7,7%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	-	-
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	2	15,4%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	10	76,9%
TOTAL	13	100%
Tratar da papelada e/ou pagar as contas		
	N	%
Consigo fazer sozinho/a sem dificuldade	2	15,4%
Consigo fazer sozinho/a mas tenho dificuldade	-	-
Só consigo fazer com a ajuda de alguém	2	15,4%
Não consigo fazer mesmo com a ajuda de alguém	9	69,2%
TOTAL	13	100%

Anexo 15: Tabela 22 – Ajuda recebida nas AVD/ABVD

Ajuda recebida nas AVD/ABVD		
Deitar-se e/ou levantar-se da cama		
	N	%
Sim	10	76,9%
Não	3	23,1%
TOTAL	13	100%
Lavar o rosto e as mãos		
	N	%
Sim	11	84,6%
Não	2	15,4%
TOTAL	13	100%
Tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche		
	N	%
Sim	13	100%
Não	-	-
TOTAL	13	100%
Vestir-se ou despir-se, incluindo calçar os sapatos e calçar as meias		
	N	%
Sim	12	92,3%
Não	1	7,7
TOTAL	13	100%
Ir à casa de banho para usar a sanita		
	N	%
Sim	8	61,5%
Não	5	38,5%
TOTAL	13	100%
Comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos		
	N	%
Sim	6	46,2%
Não	7	53,8%
TOTAL	13	100%
Tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas		
	N	%
Sim	10	76,9%
Não	3	23,1%
TOTAL	13	100%
Deslocar-se dentro de casa		
	N	%
Sim	9	69,2%
Não	4	30,8%
TOTAL	13	100%
Subir e descer escadas		
	N	%
Sim	8	61,5%
Não	5	38,5%
TOTAL	13	100%
Sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido		

	N	%
Sim	10	76,9%
Não	3	23,1%
TOTAL	13	100%
Fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras		
	N	%
Sim	11	84,6%
Não	2	15,4%
TOTAL	13	100%
Fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa		
	N	%
Sim	12	92,3%
Não	1	7,7%
TOTAL	13	100%
Tratar da papelada e/ou pagar as contas		
	N	%
Sim	13	100%
Não	-	-
TOTAL	13	100%

Anexo 16: Tabela 24 – Ajuda informal versus formal

Ajuda informal versus formal				
Quem é que o/a ajudou a deitar-se e/ou levantar-se da cama?				
Ajuda informal				
	Sim		Não selecionado	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	4	30,8%	9	69,2%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	2	15,4%	11	84,6%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	3	23,1%	10	76,9%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	7,7%	12	92,3%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	3	23,1%	10	76,9%
Ajuda formal				
	Sim		Não selecionado	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	9	69,2%	4	30,8%

Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	2	15,4	11	84,6%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	1	7,7%	12	92,3%
Quem é que o/a ajudou a lavar o rosto e as mãos?				
Ajuda informal				
	Sim		Não selecionado	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	3	23,1%	10	76,9%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	1	7,7%	12	92,3%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	3	23,1%	10	76,9%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	6	46,2%	7	53,8%
Ajuda formal				
	Sim		Não selecionado	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	11	84,6%	2	15,4%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	0	0%	13	100%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	0	0%	13	100%
Quem é que o/a ajudou a tomar banho ou duche, incluindo entrar e sair da banheira ou do duche?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	3	23,1%	10	76,9%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	2	15,4%	11	84,6%

Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	0	0%	13	100%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	0	0%	13	100%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	9	69,2%	4	30,8%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	13	100%	0	0%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	0	0%	13	100%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	0	0%	13	100%
Quem é que o/a ajudou a vestir-se ou despir-se, incluindo calçar os sapatos e calçar as meias?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	4	30,8%	9	69,2%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	4	30,8%	9	69,2%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	7,7%	12	92,3%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	5	38,5%	8	61,5%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	12	92,3%	1	7,7%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%

Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	1	7,7%	12	92,3%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	0	0%	13	100%
Quem é que o/a ajudou a ir à casa de banho para usar a sanita?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	2	15,4%	11	84,6%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	3	23,1%	10	76,9%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	0	0%	13	100%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	0	0%	13	100%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	4	30,8%	9	69,2%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	5	38,5%	8	61,5%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	0	0%	13	100%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	3	23,1%	10	76,9%
Quem é que o/a ajudou a comer, incluindo mastigar, engolir, levar os alimentos à boca ou cortar os alimentos?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	2	15,4%	11	84,6%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	5	38,5%	8	61,5%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	7,7%	12	92,3%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	2	15,4%	11	84,6%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%

Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	0	0%	13	100%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	2	15,4%	11	84,6%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	0	0%	13	100%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	4	30,8%	9	69,2%
Quem é que o/a ajudou a tratar da medicação nas dosagens certas e às horas indicadas?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	3	23,1%	10	76,9%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	4	30,8%	9	69,2%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	3	23,1%	10	76,9%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	0	0%	13	100%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	0	0%	13	100%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	2	15,4%	11	84,6%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	1	7,7%	12	92,3%
Outro	0	0%	13	100%

Nenhum dos acima referidos	8	61,5%	5	38,5%
Quem é que o/a ajudou a deslocar-se dentro de casa?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	3	23,1%	10	76,9%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	5	38,5%	8	61,5%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	7,7%	12	92,3%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	2	15,4%	11	84,6%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	4	30,8%	9	69,2%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	1	7,7%	12	92,3%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	4	30,8%	9	69,2%
Quem é que o/a ajudou a subir e descer escadas?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	0	0%	13	100%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	1	7,7%	12	92,3%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	1	7,7%	12	92,3%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	0	0%	13	100%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	0	0%	13	100%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	6	46,2%	7	53,8%
Ajuda formal				

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	0	0%	13	100%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	3	23,1%	10	76,9%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	0	0%	13	100%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	5	38,5%	8	61,5%
Quem é que o/a ajudou a sair de casa, por exemplo, para ir ao médico ou para visitar alguém conhecido?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	3	23,1%	10	76,9%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	2	15,4%	11	84,6%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	3	23,1%	10	76,9%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	1	7,7%	12	92,3%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	1	7,7%	12	92,3%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	1	7,7%	12	92,3%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	2	15,4%	11	84,6%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	0	0%	13	100%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	7	53,8%	6	46,2%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	1	7,7%	12	92,3%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	0	0%	13	100%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	3	23,1%	10	76,9%
Quem é que o/a ajudou a fazer as compras de alimentos, incluindo escolher o que quer comprar, levar as compras para casa e depois arrumar as compras?				
Ajuda informal				

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	6	46,2%	7	53,8%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	4	30,8%	9	69,2%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	1	7,7%	12	92,3%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	0	0%	13	100%
Amigo/a	1	7,7%	12	92,3%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	2	15,4%	11	84,6%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	0	0%	13	100%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	4	30,8%	9	69,2%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	7	53,8%	6	46,2%
Quem é que o/a ajudou a fazer a limpeza da casa e/ou tratar da roupa?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	4	30,8%	9	69,2%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	0	0%	13	100%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	4	30,8%	9	69,2%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	13	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	13	100%
Outro familiar	1	7,7%	12	92,3%
Amigo/a	0	0%	13	100%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	4	30,8%	9	69,2%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa	1	7,7%	12	92,3%

ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)				
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	6	46,2%	7	53,8%
Outro	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	5	38,5%	8	61,5%
Quem é que o/a ajudou a tratar e/ou pagar as contas?				
Ajuda informal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Marido/esposa/companheiro/companheira	3	23,1%	10	76,9%
Filho (incluindo enteado, filho adotivo ou genro)	1	7,7%	12	92,3%
Filha (incluindo enteada, filha adotiva ou nora)	6	46,2%	7	53,8%
Neto/neta (incluindo bisnetos/bisnetas)	0	0%	13	100%
Irmão/Irmã (incluindo meios irmãos/irmãs/adotado/a/cunhados/cunhadas)	1	7,7%	12	92,3%
Sobrinho/Sobrinha	0	0%	0	100%
Mãe/Pai (incluindo Sogra/Sogro)	0	0%	0	100%
Outro familiar	0	0%	0	100%
Amigo/a	1	7,7%	12	92,3%
Vizinho/a	0	0%	13	100%
Nenhum dos acima referidos	3	23,1%	10	76,9%
Ajuda formal				
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissional dos serviços de apoio domiciliário (Profissionais que vão a casa ajudar na higiene, fazer limpezas ou tratar da roupa)	0	0%	13	100%
Uma equipa do centro de saúde/Enfermeiro de uma empresa privada/ou Profissional de equipa de cuidados intermédios ou continuados ao domicílio	0	0%	13	100%
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta	0	0%	13	100%
Voluntário/a	0	0%	13	100%
Funcionários de um centro de dia	0	0%	13	100%
Mulher-a-dias/Empregada doméstica	2	15,4%	11	84,6%
Outro (pessoa contratada)	1	7,7%	12	92,3%
Nenhum dos acima referidos	10	76,9%	3	23,1%

Anexo 17: Tabela 31 – Quem trata dos pagamentos

Quem trata dos pagamentos		
	N	%
Sim, a pessoa que trata dos pagamentos está em casa e participa na entrevista	8	72,7%
Não, a pessoa não está em casa ou não está disponível	3	27,3%
TOTAL	11	100%

Anexo 18: Tabela 33 – Apresentação dos rendimentos

Apresentação dos rendimentos à Segurança Social, à Junta de Freguesia ou Câmara Municipal ou algum Assistente Social em consequência dos cuidados que recebe		
	N	%
Sim, foi feita uma avaliação dos rendimentos	10	76,9%
Não, não foi feita uma avaliação dos rendimentos	3	23,1%
TOTAL	13	100%

Anexo 19: Tabela 39 – Alarme

Alarme		
	N	%
Sim	2	15,4%
Não	11	84,6%
Total	13	100%

Anexo 20: Tabela 40 – Cadeira elevatória

Cadeira elevatória		
	N	%
Sim	-	-
Não	13	100%
Não aplicável porque não existem escadas/existe um elevador/vive no rés-do-chão	-	-
Total	13	100%